

**FALLSTUDIE: ELTERNTRAINING UND VERHALTENS-
MODIFIKATION EINES 13-JÄHRIGEN MÄDCHENS
MIT MULTIPLen VERHALTENSSTÖRUNGEN
BEI PSYCHOMOTORISCHEN ANFÄLLEN**

Hermann Glopning

1977

Aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München

Direktor: Prof. Dr. D. Ploog

FALLSTUDIE: ELTERNTRAINING UND VERHALTENSMODIFIKATION
EINES 13-JÄHRIGEN MÄDCHENS MIT MULTIPLEN VERHALTENS-
STÖRUNGEN BEI PSYCHOMOTORISCHEN ANFÄLLEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München


vorgelegt durch

H e r m a n n G l o n i n g

aus

München

Jahr: 1976

Mit Genehmigung des FB Medizin der Universität München

Berichterstatter: ..Prof.Dr.med..Th.Hellbrügge...

Mitberichterstatter:

Dekan:Prof.Dr.med..W.Spann.....

Tag der mündlichen Prüfung: 18.1.1977.....



Zu Dank verpflichtet bin ich Frau Dr. Bleek, der Leiterin der Kinderabteilung vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, für die Unterstützung im gesamten Zeitraum der Entstehung dieser Arbeit. Frau Anita Bänninger danke ich für die vielen praktischen Anregungen während der Therapie, ebenso Frau Margret Lichtenberger für die Betreuung des Kindes während des stationären Aufenthaltes. Frau Gisela Meyer und Herrn Johannes Wiedemann sei für die exakte Durchführung der Beobachtung gedankt, Herrn Wiedemann insbesondere auch für die Unterstützung bei der Therapie. Für die Filmaufzeichnungen sowie für die Ausführung der graphischen Darstellungen der Ergebnisse danke ich Frau Heidi Hasel herzlichst. Herrn Dr. Paul Innerhofer habe ich für seine Betreuung beim eigentlichen Experiment sowie bei der Erfassung der Literatur und der schriftlichen Ausarbeitung besonders zu danken.

FALLSTUDIE: ELTERNTRAINING UND VERHALTENSMODIFIKATION EINES
13-JÄHRIGEN MÄDCHENS MIT MULTIPLEN VERHALTENSSTÖRUNGEN BEI
PSYCHOMOTORISCHEN ANFÄLLEN

I. TEIL: EINFÜHRUNG UND THEORETISCHES MODELL

	<u>Seite</u>
1. EINFÜHRUNG IN DAS THEMA	1
2. PROBLEME DER THERAPIE DES VERHALTENS MEHRFACH BEHINDERTER KINDER	3
3. DAS THEORETISCHE MODELL	7
3.1 Funktionen eines theoretischen Modells	7
3.2 Kritik der Modelle des klassischen und operanten Konditionierens	8
3.3 Das Regelmodell	9
3.3.1 Die wichtigsten Gruppen von Variablen im Regelmodell	9
3.3.2 Schematische Darstellung des Regelmodells	12

II. TEIL: FALLDARSTELLUNG

1. VORINFORMATION	13
2. INFORMATIONSGEWINNUNG UND VERHALTENSANALYSE	13
2.1 Medizinische Daten, Schulprobleme, Psychologische Tests	13
2.2 Datengewinnung (freie Beobachtung und Exploration) und alternative Darstellung der Daten	16
2.2.1 Herkömmliche Darstellungsform	17

	<u>Seite</u>
2.2.1.1 Ursula (Entwicklung und Problemverhalten; Kontrolle über das Verhalten; Schulprobleme, Schulleistungen)	17
2.2.1.2 Eltern (Mutter; Vater; Verhältnis der Eltern untereinander)	23
2.2.1.3 Geschwister	25
2.2.1.4 Verwandtschaft	25
2.2.1.5 Soziale Situation der Familie (Berufssituation; Wohnbereich; Kontakte zu anderen Personen)	26
2.2.1.6 Konzept und Verhalten der Erzieher (Mutter; Vater)	27
2.2.2 Darstellung nach dem Schema zur Erhebung und Analyse von Daten im Regelmodell	31
2.2.2.1 Verhaltensregel 1 (Eßverhalten)	32
2.2.2.2 Verhaltensregel 2 (Kontaktverhalten)	36
2.2.2.3 Verhaltensregel 3 (provozierendes und Aufmerksamkeit erregendes Verhalten)	40
2.2.2.4 Verhaltensregel 4 (sich einordnendes Verhalten)	44
2.3 Analyse der Daten und Kritik des Erziehungskonzepts	49
2.3.1 Medizinische Daten	49
2.3.2 Intelligenztests	49
2.3.3 Erziehungskonzept und Darstellung des kritischen Verhaltens	50
2.3.4 Formulierung der Abhängigkeitshypothesen	52

	<u>Seite</u>
3. THERAPIEZIEL UND KONZEPTION DER ARBEIT	54
3.1 Absprachen mit den Eltern über die Therapieziele	54
3.2 Therapiekonzeption	55
3.2.1 Theoretisches Modell	55
3.2.2 Überlegungen zur Durchführung	56
3.2.2.1 Ökonomische und organisatorische Bedingungen	56
3.2.2.2 Therapieplan	57
3.2.2.3 Festlegung der Lernziele	58
3.2.2.4 Therapietechniken (Elterntraining; Spieltherapie)	59
3.2.2.5 Therapiemedium (Elterntraining; Therapieanbahnung)	62
4. THERAPIEKONTROLLE	67
4.1 Wahl der Methode	67
4.2 Beobachtungssituationen	67
4.2.1 Kontrollphase A und B	67
4.2.2 Elterntraining	70
4.2.3 Therapieanbahnung	70
4.3 Beobachtungstechnik und Operationalisierung der Begriffe im Regelmodell	71
4.3.1 Kontrollphase A und B	71
4.3.2 Elterntraining	74
4.3.3 Spieltherapie	76
4.3.4 Eßsituation und übriger Tagesablauf	77
4.4 Beobachtertraining und Beobachterüberein- stimmung	78
5. DURCHFÜHRUNG DER THERAPIE	79
5.1 Kontrollphase A und B	79
5.2 Elterntraining	79
5.3 Spieltherapie	81

	<u>Seite</u>
5.4 Übriger Tagesablauf	81
5.5 Zeitplan und schematische Darstellung der einzelnen Therapiephasen	82
5.6 Schematische Darstellung der Kontroll- phasen A und B	83
5.7 Schematische Darstellung des Elterntrainings	84
5.8 Schematische Darstellung der Spieltherapie	85
 6. THERAPIEERGEBNISSE	 86
6.1 Vergleich der Kontrollphasen vor und nach der Therapie	86
6.2 Elterntraining	94
6.3 Therapieanbahnung/Spieltherapie	96
6.4 Übriger Tagesablauf/Protokolle	97
6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse	98
 7. NACHBETREUUNG	 100
7.1 Ziel der Nachbetreuung	100
7.2 Techniken der Nachbetreuung	100
7.3 Schwierigkeiten der Nachbetreuung	101
7.4 Darstellung der Nachbetreuung	103
7.5 Ergebnisse der Nachbetreuung	105
 8. DISKUSSION	 109
9. VERLAUFSBERICHT (1971 - 1976)	112
10. ZUSAMMENFASSUNG	113
 ANHANG	 115-117
LITERATURVERZEICHNIS	118

I. TEIL: EINFÜHRUNG UND THEORETISCHES MODELL

1. Einführung in das Thema

Erfreulicherweise konnten in den letzten Jahren auf dem Gebiet der Diagnostik und Therapie behinderter Kinder große Fortschritte erzielt werden. Seit dem 1. Juli 1971 haben alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen ihrer Kinder bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes gefährden. Je sorgfältiger und häufiger Vorsorgeuntersuchungen in einem möglichst großen Bevölkerungsanteil durchgeführt werden, desto mehr Behinderungen wird man entdecken (PAUL, 1971; 1973). Genaue Voruntersuchungen mit verbesserten Beurteilungskriterien in der frühen und späteren Kindheit sind deshalb von besonderer Bedeutung (HELLBRÜGGE, 1965; 1971).

Die Weiterentwicklung der Frühdiagnostik führte u.a. zur Aufstellung von "Entwicklungsphysiologischen Tabellen für das Säuglingsalter" (HELLBRÜGGE u. PECHSTEIN, 1968) und zur "Funktionellen Entwicklungsdiagnostik für das 2. Lebensjahr" (HELLBRÜGGE, MENARA, SCHAMBERGER u. STÜNKEL). Mit Hilfe der "Funktionellen Entwicklungsdiagnostik" (HELLBRÜGGE, 1972) lassen sich folgende Funktionen in monatlichen Entwicklungsstufen messen: Kriechen, Krabbeln, Sitzen, Laufen, Greifen, Spielen und Sinnesentwicklung, Perzeption, Sprachverständnis, Sprechen und Sozialentwicklung (HELLBRÜGGE, 1973). Weitaus mehr Kinder als bisher angenommen wiesen bei sorgfältiger Untersuchung Mehrfachbehinderungen auf, die bisher im Rahmen eindimensionaler Diagnostika übersehen wurden (HELLBRÜGGE, 1973).

Mit der mehrdimensionalen Frühdiagnostik wurde auch gleichzeitig die Basis für eine entsprechende Frühtherapie geschaffen. Die hierauf aufbauenden therapeutischen Einrichtungen stellen einen wichtigen Schritt in der Frühdiagnostik

und Frühtherapie dieser Kinder dar. Hier wird der erfolgversprechende Versuch unternommen, die primären Behinderungen der Kinder frühzeitig zu erfassen und zu behandeln. Damit kann auch die Ausbildung und Manifestation der schweren sekundären Störungen im Bereich des kindlichen Verhaltens oder die Ausbildung von abnormen familiären Interaktionsmustern, die in ihrer Bedeutung die primäre Behinderung weit übertreffen können (MÜLLER-KÜPPERS, 1969), deutlich verringert werden.

Beispielhaft sei an dieser Stelle die sozialpädiatrische Institution "Kinderzentrum" in München¹⁾ erwähnt.

Die Möglichkeiten für Kinder, die von dem hier dargestellten Programm nicht erfaßt werden, sind sehr begrenzt. Es sind dies Kinder, die auch weiterhin durch die viel zu weiten Maschen des Netzes von Vorsorgeuntersuchungen schlüpfen oder Kinder, bei denen die Behinderung erst in einem späten Stadium diagnostiziert oder einer Behandlung zugeführt werden kann. Die bescheidenen Erfolge bei mehrfach behinderten Kindern, die erst in einem fortgeschrittenem Stadium der Therapie zugeführt werden, wirken sich auf die Auswahl der Patienten in den immer noch in viel zu geringer Anzahl vorhandenen therapeutischen Einrichtungen aus.

In der vorliegenden Arbeit wird der Versuch unternommen, mit Hilfe einer Einzelfallstudie eines Kindes aus dem letztgenannten Patientenkreis einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Therapiemöglichkeiten für diese Kinder zu leisten. Ein 13-jähriges Mädchen wird seit Jahren medikamentös wegen eines psychomotorischen Anfallsleidens behandelt, eine Beratung der Eltern in der kinderpsychiatrischen Ambulanz kann hierbei nur gelegentlich erfolgen. Im Laufe der Jahre

1) Eine ausführliche Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen, des Aufbaus, der Forschung und der Arbeitsweise des "Kinderzentrums" findet sich in: HELLBRÜGGE, Fortschritte der Sozialpädiatrie 1, 1973; 59 - 80.

hatten sich nun schwerste multiple Verhaltensstörungen entwickelt, die jetzt (Mai 1971) im Vordergrund standen. Zu einem Zeitpunkt, an dem neben den primären Störungen nun auch schwerste sekundäre Störungen vorlagen, stellte sich die Frage nach einer raschen effektiven Therapie.

Wir untersuchten, ob eine intensive Kurztherapie während der 6-wöchigen Sommerferien mit Einbeziehung der Eltern als Ko-Therapeuten eine geeignete Methode darstellen kann, die multiplen Verhaltensstörungen entscheidend zu beeinflussen. Zugleich sollen mit dieser Arbeit durch gegenüberstellende Darstellung der anamnestischen Daten die Vorzüge der Datendarstellung nach dem Regelmodell von INNERHOFER (1974) demonstriert werden.

2. Probleme der Therapie des Verhaltens mehrfachbehinderter Kinder

Eine sinnvolle Therapie der geistig und mehrfachbehinderten Kindern hat sich der gesamten Behinderung zuzuwenden. Z.B. bei anfallskranken Kindern wurde lange Zeit die medikamentöse Seite der Therapie überbetont (STROTZKA, 1969). Ganz ohne Zweifel ist "durch die Entwicklung einer großen Zahl wirksamer antiepileptischer Medikamente ... die Chance für epileptische Kinder, ohne sonstige Schäden anfallsfrei zu werden, ganz wesentlich besser geworden" (STROTZKA, ebenda). Somit kann aber in der Symptomatologie des Anfallskindes das eigentliche Anfallsgeschehen in den Hintergrund treten; im Vordergrund imponiert aber eine Reihe von Verhaltensmustern, wie sie ganz allgemein für hirngeschädigte Kinder wie folgt beschrieben wurden: "Diese Kinder fallen durch eine verzögerte motorische oder psychomotorische Entwicklung, eine abnorme Unruhe oder Ruhe auf. Sie sind häufig manuell ungeschickt, zeigen eine unzureichende Körperbeherrschung, wirken in ihren Aktionen abrupt und ungesteuert, in ihren Ansprüchen maßlos oder extrem gehemmt. Sie sind graphomotorisch selten mit den Kindern ihrer Altersstufe zu vergleichen, zeigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, sind nur kurz-

fristig für eine Aufgabe zu interessieren und erregen in ihrer Umgebung Unwillen durch ihre Unstetigkeit und Ruhelosigkeit. Im Kindergarten verbleiben sie häufig länger, da ein Entwicklungsrückstand die Zurückstellung von der Schule notwendig macht. Die Beurteilung ihrer Intelligenz ist schwierig, da sie plötzlich durch besonders gute Leistungen hervortreten. ... Die mangelnde Beständigkeit, das partielle Versagen auf dem Schul- und Arbeitsplatz bleiben als Leitsymptom führend. Hinzu kommt folgende Schwierigkeit: Die erzieherischen Bemühungen der Eltern erzeugen zusätzliche und folgenschwere Fehlverhaltensweisen." (MÜLLER-KÜPPERS, 1969).

In der psychoanalytisch orientierten Literatur wird deshalb auch die Einbeziehung der Eltern in die Therapie gefordert (ACKERMANN, 1969). "Entsprechend den Erkenntnissen der modernen Familienpsychiatrie waren wir uns von Anfang darüber im klaren, daß sich die psychotherapeutische Behandlung oder Führung oft nicht - oder zumindest nicht in erster Linie - mit dem erkrankten Kind zu befassen hat, sondern mit den wesentlichen Bezugspersonen der Intimgruppe, in welcher der Patient aufwuchs, also in erster Linie der Mutter" (STROTZKA, 1969). Eine Reihe von amerikanischen Untersuchungen hatte in den vierziger Jahren bereits darauf hingewiesen, daß unter den Verhaltensweisen von Müttern erkrankter Kinder der Epilepsie eine Sonderrolle zukäme. KANNER (1948) beschreibt hierbei 3 Formen mütterlicher Fehlhaltungen: offene Feindschaft und Vernachlässigung, Perfektionismus und kompensatorische Überbetreuung. Die Haltung der Väter beschreibt STROTZKA (1969) so: ... "wir können ebenfalls stereotype Verhaltensweisen feststellen, die entweder einem Zurückziehen und einer Flucht in außerfamiliäre Aktivitäten entsprechen oder einer Aggressionsvermehrung, die meist nicht direkt das Kind, sondern die Mutter trifft. Die erste Form des Reagierens ist kulturspezifisch, da es dem Mann viel leichter möglich ist, entweder regressiv sich zurückzuziehen - wobei der Alkohol

eine große Rolle spielt -, oder in einer sublimierten Weise sich mehr auf die Arbeit oder andere sozial akzeptierte Aktivitäten zu konzentrieren (MITSCHERLICH, 1963)."

Die Möglichkeiten der Kinderpsychotherapie, nach BIERMANN (1970) "die Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen, funktioneller Organstörungen, aber auch psychisch überlagerter organischer Krankheiten des Kindes, mit den Mitteln seelischer Beeinflussung", sind jedoch in diesen Fällen Grenzen gesetzt (BIERMANN, ebenda). Mit diesen Methoden der Kinderpsychotherapie kann überhaupt nur ein geringer Teil der Kinder erfaßt werden. "Zweitens hat sich die bisher allerdings nur in relativ geringem Umfang durchgeführte Behandlung verhaltensgestörter Kinder insgesamt gesehen als verhältnismäßig wenig effektiv erwiesen" (KUHLEN, 1972).

Als neuer Ansatz zur Behandlung von geistig und mehrfachbehinderten Kindern sind die Versuche der Verhaltenstherapie¹⁾ anzusehen, die bis auf wenige Ausnahmen erst im letzten Jahrzehnt unternommen wurden. "Als Vorbild dienten die Verhaltenstherapie bei erwachsenen Schizophrenen und im Anschluß daran Berichte über die Behandlung von autistischen Kindern. Es sind dies die Arbeiten von FERSTER (1961), ISAACS u. Mitarbeitern (1960), LOVAAS (1961 a,b), sowie die Untersuchungen von AYLLON und seinen Mitarbeitern in den Jahren 1959 bis 1965." (SCHMITZ, 1976).

Bei einer großen Anzahl kindlicher Verhaltensstörungen konnte dann die erfolgreiche Anwendung der verhaltensmodifikatorischen Techniken gezeigt werden (GROSSBERG, 1964; ULLMANN & KRASNER, 1965; GELFAND & HARTMANN, 1968; PAWLICKI, 1970). Auch bei schwerstbehinderten, autistischen, hirngeschädigten und erheblich retardierten Kindern war die verhaltenstherapeutische Behandlung erfolgreich (vgl. hierzu die Bibliographien von GARDNER (1971) und BRONDER u.a. (1972)).

1)

Verhaltenstherapie ist eine Behandlungsmethode, die auf empirischer Psychologie (klassisches und instrumentelles Konditionieren) basiert. S.a. KRAIKER, 1974.

Daß das Erziehverhalten für die Hervorbringung von Fehlverhaltensweisen des Kindes verantwortlich gemacht werden kann, wurde in einer Reihe weiterer - verhaltenstherapeutisch orientierter - Arbeiten bewiesen (HARRIS et al., 1964; BANDURA, 1957, SCOTT et al., 1963; 1967; ALLEN et al., 1964; BIJOU et al., 1965; BERNAL et al., 1968; HART et al., 1964; WILLIAMS, 1959).

Über den Einsatz von Eltern als Kotherapeuten wurde schon Anfang der Fünfzigerjahre berichtet (BONNARD, 1950; FUCHS, 1957). Erst in jüngster Zeit liegen jedoch Arbeiten vor, die durch ein erhebliches Ausmaß und relativ gut erarbeitete Techniken des Elterntrainings auffallen (vgl. die Sammelreferate und Überblicke von GELFAND & HARTMANN, 1968; PAWLICKI, 1970; BERKOWITZ & GRAZIANO, 1972; JOHNSON & KATZ, 1973).¹⁾

Diese Ergebnisse veranlassten uns, ebenfalls im Rahmen der Verhaltenstherapie nach einem verhaltenstheoretisch orientierten Modell vorzugehen.

¹⁾ In diesem Zusammenhang sei auch auf die Arbeit von KANE et al. (1974) am Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, hingewiesen, in der der Versuch unternommen wurde, Eltern unter relativ kontrollierten Bedingungen in die Arbeit mit ihrem geistig behinderten Kind einzuweisen und den Effekt ihrer therapeutischen Arbeit zu Hause einzuschätzen.

3. Das theoretische Modell

Im folgenden werden die Funktionen eines theoretischen Modells dargestellt (vgl. SAAL, 1974), die ebenfalls verhaltenstheoretisch orientierten Modelle des klassischen und operanten Konditionierens kritisiert und das erweiterte Regelmodell von INNERHOFER (1974), das auch im Zusammenhang mit dieser Arbeit entwickelt wurde, vorgestellt.

3.1 Funktionen eines theoretischen Modells

Das theoretische Modell dient dazu, aus der Fülle möglicher Informationen Relevantes auszuwählen und unter dem Aspekt einer Aufgabe, z.B. dem effektiven Eingreifen in die erzieherische Umgebung zu ordnen. Ein wichtiges Kriterium für die Effektivität eines Modells besteht darin, ob durch die Auswahl der Variablen und die Darstellung ihrer Zusammenhänge die Aufgaben besser bewältigt werden können.

Ein theoretisches Modell erfüllt gleichzeitig drei Funktionen in den Phasen der Planung eines Therapieexperiments:

1. Bei der Datensammlung wird es als Beobachtungsschema verwendet und dient dazu, bestimmte Variablen zu isolieren und zu messen.
2. Bei der Interpretation der Ergebnisse wird das Modell als Erklärungsmodell verwendet. Die Daten werden miteinander in Beziehung gebracht, indem die im Rahmen des Modells formulierten Lerngesetze auf sie angewendet werden.
3. Für die Planung der therapeutischen Intervention liefert das Modell prognostische Hypothesen, indem es angibt, welche Maßnahmen geeignet sind, um bestimmte Variablen zu verändern.

Eines der Hauptziele des Therapieexperimentes ist die Reduzierung der komplexen Situation auf die therapierelevanten Variablen. Daher liegt einer der Schwerpunkte der Arbeit auf der systematischen Gewinnung von Daten und ihrer Analyse anhand der Lerngesetze.

3.2 Kritik der Modelle des klassischen und operanten Konditionierens

Für die Erklärung der Fülle von Variablen, die individuelles menschliches Verhalten bedingen, reichen die Modelle des operanten und klassischen Konditionierens nicht mehr aus. Es geht nicht nur darum, verstärkende Ereignisse aufzufinden; wichtiger ist eine möglichst umfassende Analyse der Zusammenhänge des Verhaltens eines Individuums mit Umweltvariablen.

In der praktischen Arbeit, z.B. mit Eltern, stößt man auf eine Reihe relevanter Variablen, die im S-R-K-Modell nicht darstellbar sind, z.B. Zielvorstellungen, Werthaltungen, Befürchtungen usw. auf seiten des Erziehers, Opposition, Einstellungen, Strategien auf seiten des Kindes. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß man das Verhalten eines Individuums oft nur sicher vorhersagen kann, wenn man seine Ziele kennt, und daß man oft ein Verhalten nicht ändern kann, solange man die Ziele nicht geändert hat. Kognitive Aspekte müssen deshalb in der Verhaltensanalyse berücksichtigt werden (INNERHOFER, 1974). Eine wissenschaftlich fundierte Therapiemethode muß eine einheitliche und formalisierte Beschreibung sowohl der abhängigen Verhaltens- als auch der freien Umweltvariablen leisten. Die im Rahmen eines Modells durchgeführte Interpretation des Verhaltens und der darauf aufbauende Therapieplan müssen mit entsprechenden Kontrollen geschehen, so daß der Vorgang lehrbar und reproduzierbar wird.

3.3 Das Regelmodell

Das von Innerhofer entwickelte Regelmodell legt besonderen Akzent auf eine ökonomische und umfassende Datengewinnung und auf die einheitliche Darstellung der Information. Der Komplexität der Umgebung des Kindes soll Rechnung getragen werden, und wichtige Daten sollen nicht deshalb wegfallen, weil man sie schwer objektiv erheben kann. Da die gesamte Umgebung des Kindes erfaßt werden soll, muß die Fülle der Information durch Auslese und Abstraktion auf ein überschaubares Maß reduziert werden.

Wir können mehrere Gruppen von Variablen unterscheiden: einmal Variablen, die direkt beobachtet werden können, z.B. Konsequenzen, dann Variablen, die am besten eingeschätzt werden, z.B. emotionale Wärme, und Variablen, die am ehesten erfragt werden können, z.B. Erziehungsziele.

Das Regelmodell berücksichtigt jede Variablengruppe.

3.3.1 Die wichtigsten Gruppen von Variablen im Regelmodell

1. Kognitive Strukturvariablen und Verhaltensregel

Hierher gehören eine Reihe kognitiver Variablen, die vom Erzieher dem Kind mitgeteilt werden und die über einen kognitiven Prozeß auch unmittelbar auf das Verhalten des Kindes einen Einfluß ausüben. Erziehungsziele, Werthaltungen, Befürchtungen, Erwartungen usw. bilden zusammen eine kognitive Struktur, die einen unmittelbaren oder mittelbaren Einfluß auf das Verhalten des Kindes hat. Die kognitiven Variablen werden in der kommunikativen Form der Verhaltensregel beschrieben. Damit werden sie auf die Ebene des Verhaltens bezogen, auf dem ihr Einfluß auf das Verhalten des Kindes konkret wird. Es wird dabei von der Annahme ausgegangen, daß vom Standpunkt der Therapie aus gesehen nur der Teil an den Phänomenen wie Ziele, Werthaltungen usw.

von Belang ist, der in Form einer Verhaltensregel erfaßt wird, und daß alles andere, das darüber hinaus das Phänomen ausmacht, vernachlässigt werden kann.

In einer Verhaltensregel muß das kritische Verhalten so formuliert sein, daß das Kind oder die Mutter genau weiß, was es tun oder was es unterlassen soll. Ebenso soll Ziel und Zweck der Regel in die Formulierung aufgenommen werden, um das Kind frühzeitig anzuleiten, eine Regel nicht nur wegen der Konsequenzen zu befolgen, sondern sie zu akzeptieren, weil es Ziel und Zweck der Regel akzeptiert. Schließlich soll die Verhaltensregel noch Angaben über eventuelle Konsequenzen enthalten.

2. Regelverhalten

Regelverhalten wird angenommen als eine eigene Klasse von Verhalten, ähnlich wie es eine Verhaltensklasse "Imitation" gibt. Das bedeutet, daß Regelverhalten unabhängig vom jeweiligen Inhalt einer Regel eingeübt und trainiert werden kann. Durch die Existenz von Regeln wird das Verhalten zum Regelbefolgen oder zum Regelverstoß. Regelverhalten ist in seiner Beurteilung eben nicht nur von den Eigenschaften des Verhaltens selbst abhängig, sondern auch davon, ob die Gemeinschaft bestimmt hat, daß sie darin verletzt ist oder nicht.

3. Die motivierenden Ereignisse

Bestimmte Ereignisse, wie z.B. Abläufe im Spiel, bestimmte Normen von Interaktionsmustern, wie z.B. Verhaltensweisen, die Teil einer Strategie sind, können ökonomischer und treffender beschrieben werden, wenn die möglichen Reiz - Reaktions - Zusammenhänge um eine Klasse von Größen erweitert werden, die in doppelter Hinsicht vom Stimulusbegriff des Behaviorismus abweichen:

1. Erweiterung bezüglich der Registrierbarkeit: Auch vorgestellte Größen, wie Werte, Ziele usw. können Verhalten provozieren.
2. Erweiterung in bezug auf die Wirkungsweise: Das Ereignis kann der Reaktion auch vorausgehen.

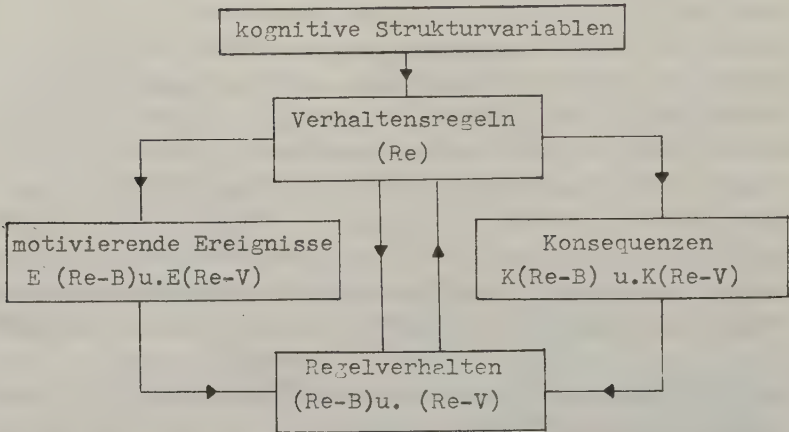
Diese Gruppe von Größen werden als "motivierende Ereignisse" bezeichnet. Darunter werden Größen in Form eines Stimulus oder eines verbalen Inhaltes verstanden, die nicht notwendig wie unkonditionierte Stimuli, aber doch öfter als durch Zufall eine vorhersagbare Reaktion bedingen und deren Einfluß nicht auf die zeitliche Kontingenz beschränkt ist. Im Regelmodell werden sie bewertet als motivierend für Regelbefolgen oder als motivierend für Regelverstöße. Situationsvariablen werden vorläufig auch als motivierende Ereignisse beschrieben.

PATTERSON (1972) nennt diese Art von Ereignissen "facilitating stimuli" oder "inhibitory stimuli".

4. Die Konsequenzen

Die Definition der Konsequenzen folgt der üblichen pragmatischen Handhabung dieser Definition in der Praxis in der Einschätzung von "angenehm" und "unangenehm" dort, wo das Kriterium der Veränderung der Reaktionshäufigkeit nicht beobachtet werden kann.

3.3.2 Schematische Darstellung des Regelmodells



Abkürzungen:

Re =Verhaltensregel

E(Re-B) =motivierendes Ereignis für Regelbefolgen

E(Re-V) =motivierendes Ereignis für Regelverstoß

K(Re-B) =Konsequenz auf Regelbefolgen

K(Re-V) =Konsequenz auf Regelverstoß

(Re-B) =Regelbefolgen

(Re-V) =Regelverstoß

II. TEIL: FALLDARSTELLUNG

1. Vorinformation

Die Untersuchungen begannen Ende Mai 1971. Zu diesem Zeitpunkt wurden zur Therapievorbereitung die Unterlagen einer 13-jährigen Patientin übergeben, die seit Jahren in der kinderpsychiatrischen Ambulanz des Max-Planck-Institutes betreut wurde. Der Wunsch der Eltern nach einer intensiven Therapie ihres an einem Anfallsleiden erkrankten Kindes war in den letzten Monaten besonders stark geworden, da die zahlreichen Verhaltensstörungen die Familie zunehmend belasteten und auch die Schulleistungen darunter litten. Für die Therapie standen uns für ca. 6 Wochen während der Schulferien die Einrichtungen der Kinderstation des Max-Planck-Institutes zur Verfügung.

2. Informationsgewinnung und Analyse des Verhaltens

2.1 Medizinische Daten, Schulprobleme, Psychologische Tests

Medizinische Daten¹⁾

Ursula wurde nach ungestörter Schwangerschaft termingerecht mit einem Gewicht von 3750 g geboren. Die Geburt war ohne Besonderheiten, die Neugeborenenperiode war unauffällig, die frühkindliche Entwicklung verlief zunächst normal. Mit 6 Monaten lernte sie Sitzen, mit einem Jahr Laufen. Im Alter von 8 Monaten erkrankte Ursula - zur gleichen Zeit, als ihr Bruder an Masern erkrankt war - mit hohem Fieber. Dabei erlitt sie einen Krampfanfall mit Bewußtlosigkeit, Zittern und Blässe, der ca. 3 Stunden anhielt. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus bestand

¹⁾ Die medizinischen Daten sind den fachärztlichen Berichten der kinderpsychiatrischen Abteilung sowie den Krankenblättern der diversen Krankenanstalten entnommen.

eine kurzdauernde Halbseitenlähmung rechts mit Blickwendung nach links. Die Lumbalpunktion ergab einen erhöhten Zuckerwert (111 mg %) und gering erhöhte Gesamteiweiß- (48 %) und Zellzahlwerte (32/3,50 % Lymphozyten). Das Allgemeinbefinden besserte sich dann rasch und die Kontrolle des Liquors ergab nach 14 Tagen normale Werte. Im Elektronencephalogramm (EEG) konnte man dagegen am 12. Tag "deutliche Allgemeinveränderungen mit geringen für rechts sprechende Seitendifferenzen und einzelnen krampfverdächtigen Potentialen" nachweisen. Das Kontroll-EEG am 26. Tag zeigte "nur geringe Unregelmäßigkeiten, im Tiefschlaf stellte sich ein EEG der Norm dar". Bei der Entlassung nach 6 Wochen bei gutem Allgemeinzustand wollte man jedoch aufgrund dieser Befunde ein "Vorliegen eines organischen Krampfleidens, z.B. symptomatische Epilepsie aufgrund eines frühkindlichen Hirnschadens nicht sicher ausschließen".

Im Alter von 12 Monaten beobachtete die Mutter an einer sehr geräuschvollen Baustelle bei ihrer Tochter einen Zustand "kurzzeitiger Bewußtlosigkeit, Gesichtsblasser und allgemeiner Verkrampfung ohne Zuckungen". Diese als "Absencen" bezeichneten Zustände traten nach einem Monat gehäuft auf. Damit schien die Diagnose eines Anfallsleidens gesichert und es erfolgte die medikamentöse Therapie mit einem Oxazolidinderivat (Trimethadion) und einem Hydantoinderivat (Phenhydoin). Typische Absencen traten in der Folgezeit nicht mehr auf, doch beobachtete die Mutter ab dem 18. Lebensmonat kurzzeitige Verwirrheitszustände, die sich 4 Monate später häuften. Diese Zustände aber wurden als "psychomotorisches Anfallsleiden" gedeutet. Die medikamentöse Therapie erfolgte nunmehr mit einem Barbitursäurederivat (Primidon). Die regelmäßigen EEG-Kontrollen ergaben weiterhin nur Befunde "am Rande der Norm". Im 3. und 4. Lebensjahr wurde von der Mutter neben diesen Anfällen, die ca. 5 mal pro Jahr auftraten, noch nächtliches Aufschreien und Speichelfluß registriert. Letzterer sistierte dann mit den Anfällen gegen Ende des 4. Lebensjahres. Die EEG-Befunde waren in dieser Zeit unauffällig. Im 9. Lebens-

jahr wurde ein einziges Mal während einer fieberhaften Erkältung ein "absenceartiger Zustand" beobachtet. Mit 10 Jahren erkrankte Ursula an einer Virusmeningitis. Da sie auf der Station wütend tobte, wurde sie am 2. Tag nach Hause entlassen. Mit 11 Jahren wurden gelegentlich Zustände beobachtet, die von Ursula als "mir ist heiß" beschrieben wurden. Dabei klammerte sie sich an die Mutter und wollte von ihr fest gedrückt werden. Im Juni 1969 traten diese Zustände einige Tage hintereinander gehäuft auf, wobei die Mutter wahrscheinlich vergessen hatte, ihrer Tochter die Tabletten zu geben. Im 12. Lebensjahr wurden "psychomotorische Anfälle" - 3 mal mit "heißem Gefühl am ganzen Körper" und vereinzelt mit "Übelkeit und glühendem Kopf" - registriert. Das EEG war auch in diesem Jahr in Normalbereich. Bis zum Therapiebeginn war Ursula dann anfallsfrei.

Bei der Aufnahmeuntersuchung im Juni 1971 wurde folgender klinischer Untersuchungsbefund erhoben (gekürzt):

"Für sein Alter recht großes, kräftiges Mädchen in gutem Allgemeinzustand. Die Kopfform ist dolichocephal, symmetrisch und der Umfang innerhalb der Altersnorm. Die Untersuchung der inneren Organe ergibt keinen krankhaften Befund. Die neurologische Untersuchung ergibt schwache Sehnenreflexe, bei allgemeiner Hypotonie ohne pathologische Reflexe, cerebrale Zeichen oder Koordinationsstörungen. Der Romberg-Stehversuch ist negativ, der Augenhintergrund ist unauffällig."

Auffällig sind bei Ursula die "etwas ungeschickten Feinbewegungen", ihr Gang "mit athetoiden, schlenkernden Armbewegungen", die "überstreckbaren Armgelenke" und das positive "Dubois'sche Zeichen".

Schulprobleme

Ursula konnte sich im Kindergarten nicht einordnen. Auch in der Schule wurde sie "wegen mangelnder Anpassungsfähigkeit" zurückgestellt. Diese Zurückstellung wurde auch in den folgenden 3 Jahren aufrechterhalten. In demselben Zeitraum, zwischen dem

6. und 9. Lebensjahr besuchte Ursula anstatt der Grundschule eine Gymnastikschule für Behinderte, wo sich ihr Sozial- und Leistungsverhalten - so die Erzieher - deutlich gebessert haben soll. Mit 9 Jahren wurde sie, um die Möglichkeit der Einschulung in eine Sonderschule zu prüfen, an die Ambulanz des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie überwiesen. Unter Sedativa-Therapie war es dann mit Unterbrechungen möglich, Ursula im Sonderschulkindergarten zu unterrichten. Seit dem 11. Lebensjahr geht sie in eine Geistigbehindertenklasse dieser Sonderschule. Ein Übertritt in die Lernbehindertenklasse scheiterte ein Jahr später. Sie bestand den Aufnahmetest nicht, wobei "ihr Störverhalten und nicht die Leistung" entscheidend war (Lehrerin). Ihren Klassenkameraden war sie im weiteren Verlauf leistungsmäßig überlegen, wurde "immer übermütiger, war pädagogisch kaum mehr unter Druck zu setzen, war dabei ausfallend, wütend, ... machte heftige Szenen und wollte nichts mehr lernen" (Lehrerin). Zum Zeitpunkt der Untersuchung im Mai 1971 hatte sich ihr Verhalten noch nicht so gebessert, daß eine Versetzung in die Lernbehindertenklasse als durchführbar betrachtet wurde. Die Mutter drängte aus diesem Grunde, unterstützt von Lehrkräften und dem Direktor der Schule, auf eine Behandlung ihres Kindes.

Psychologische Testergebnisse

Mit 9 Jahren war Ursula im Max-Planck-Institut für Psychiatrie getestet worden. Dabei erreichte sie im HAWIK einen Gesamt-IQ von 74 (Verbalteil (79), Handlungsteil (75)), im Standfort-Binet-Test einen IQ von 73.

2.2 Datengewinnung (freie Beobachtung und Exploration) und alternative Darstellung der Daten

Datengewinnung

Bisher wurden Fremddaten dargestellt. Wir versuchten nun durch die Methoden der Exploration und der freien Beobachtung weitere relevante Informationen zu gewinnen.

Ausgewertet wurden folgende Tonbandaufzeichnungen der Exploration des Therapeuten mit:

der Mutter	(2 Gespräche, jeweils 60 min.);
dem Vater	(2 Gespräche, jeweils 60 min.);
beiden Eltern	(1 Gespräch, 30 min.);
der Lehrerin	(1 Gespräch, 60 min.);
der ältesten Schwester	(1 Gespräch, 90 min.).

Zusätzlich wurden folgende Protokolle, die während und im Anschluß an die Beobachtungssituationen vom Therapeuten und von der Kotherapeutin angefertigt wurden, ausgewertet:

2 Beobachtungen in der Wohnung (Zeit: 18.30 - 20.30 Uhr),
2 Beobachtungen im Unterricht (jeweils 135 min.).

Im folgenden werden die so gewonnenen Daten in 2 unterschiedlichen Darstellungsformen wiedergegeben. Zuerst werden die Informationen über die einzelnen Personen und ihr Problemverhalten in üblicher Form dargestellt. Die zweite Darstellungsform orientiert sich am Regelmodell (INNERHOFER, 1974). In diesem Modell werden die - im lerntheoretischen Sinne - therapierelevanten Variablen definiert und miteinander in Beziehung gebracht. Eine Darstellung in einem Modell, das die theoretischen Voraussetzungen für die Interpretation der Verhaltensdaten schafft, sehen wir als sinnvoller an, da wir uns hiervon die Möglichkeit einer relevanten Analyse des Problemverhaltens erwarten.

2.2.1 Herkömmliche Darstellungsform

2.2.1.1 Ursula

Entwicklung und Problemverhalten

Sprachverhalten: Im Alter von 2 Jahren fiel den Eltern ein Rückstand in der Sprachentwicklung von Ursula auf. Im Gegensatz zu ihren anderen Geschwistern gab sie nur Laute von sich, lallte oder schrie. Erst im Alter von 4 Jahren fing Ursula plötzlich zu sprechen an. Vorausgegangen war, daß die Mutter ihr sehr oft vorgesungen hatte - sie hatte nämlich erkannt, daß ihre Tochter

freudig auf Lieder reagierte. Ursula antwortete nun der gesungenen Frage der Mutter in derselben Tonlage mit einem vollständigen Antwortsatz. In der Folgezeit sang sie immer, wenn sie sich anderen mitteilen wollte und benutzte hierzu vollständige Sätze. Bei der Untersuchung im Juli 1971 ist ihre Sprache klar und deutlich und wird von den Untersuchern als "mechanisch, wie adressiert" klassifiziert. Dabei redet sie sehr viel, lacht und kichert. Sie antwortet auf Fragen nicht direkt, sondern berichtet stattdessen irgendein Erlebnis, wobei sie Worte verdreht ("Walzendampf"), Worte eigenartig zusammenstellt ("das ist die Buttermilchschule", "Sie haben ein gelbes eifersüchtiges Sportikleid an") oder lange Erklärungen zu ihren Wortverdrehungen abgibt. Sie äußert sich häufig abfällig über andere Kinder, benennt sie mit Schimpfworten oder beschimpft den Vater im Beisein des Therapeuten: "mein Vater stinkt ...; da ist ja der schlimme Herr K.; mein Vater ist ein Dschungelkater ...; der dumme, meckrige Herr K. gibt der ganzen Familie keine Ruhe!".

Tägliche Verrichtungen: Die Sauberkeitsgewöhnung war erst mit 6 Jahren vollkommen erreicht. Ursula wurde fast zur selben Zeit wie ihre jüngere Schwester B., die damals 2 1/2 Jahre alt war, sauber. Die Mutter meint dazu: "es sei wie im Wettstreit gewesen". Jetzt (1971) sei sie - so die Mutter - in den täglichen Verrichtungen "selbständig", müsse aber wohl noch kontrolliert und angetrieben werden. Ursula könne sich selbständig an- und ausziehen, alleine baden, sauber essen. Auf die Toilette gehe sie allein, wolle aber die Tür offen haben und begründe dies mit: "es ist nicht gut allein zu sein". Die Hausbeobachtung dagegen zeigt, daß Ursula diese Verrichtungen nicht selbständig durchführt, sie von der Mutter häufig ermahnt wird und daß die Mutter sehr oft eingreift.

Einige Beispiele:

Ursula soll rechtzeitig in die Schule gehen, bummelt aber beim Frühstück und hüpfert herum. Die Mutter ermahnt sie einige Male erfolglos, streicht ihr dann selbst die Brote und hilft ihr beim Anziehen oder packt den Schulranzen.

Die Mutter will mit den Kindern spazierengehen, die fertig angezogen sind, während Ursula noch spielt. Nach einigen erfolglosen Ermahnungen zieht die Mutter ihr schließlich selbst Schuhe und Mantel an.

Essverhalten: Die Mutter hat in den ersten Lebensjahren auf ärztliche Anordnung hin für Ursula immer salzlose Diät zubereitet. Die Hausbeobachtung ergibt, daß Ursulas Verhalten beim Essen die Familie sehr belastet - während bei der ersten Unterredung Ursula in dieser Beziehung nur als etwas "heikel" bezeichnet wird. Ursula ißt nur bestimmte Speisen, die die Mutter bis zu 5 mal in der Woche extra für sie zubereiten muß. Sie lehnt kategorisch Gemüse, Zwiebeln, Fisch, Salate mit Essig, Sauerkraut, Orangensaft u.a.m. ab. Sie ißt auch keine scharfen Speisen. Dabei ißt sie unselbständig, d.h. sie verlangt von der Mutter, daß ihre Brote bestrichen werden und schreit dann so lange, bis ihr Verlangen erfüllt wird. Sie soll sich auch im Kindergarten und in der Schule geweigert haben, am gemeinsamen Mittagstisch teilzunehmen, weswegen ihr die Mutter immer etwas zu Hause eingepackt hätte. Wenn die ältere Schwester in Abwesenheit der Mutter den Haushalt führt, ißt Ursula Dinge, die sie normalerweise ablehnt, da sich die Schwester weigert, für Ursula extra zu kochen. Auch hat sie Orangensaft, den sie vorher verweigerte, ohne Widerspruch aus der Limonadenflasche getrunken, in den ihn die Mutter unbemerkt abgefüllt hatte. Beim gemeinsamen Abendessen mit dem Therapeuten bestreicht Ursula zum ersten Mal ihre Brote selbst.

Sozialverhalten: Gleichzeitig mit Ursulas Rückstand in der Sprachentwicklung beobachteten die Eltern im Alter von 2 Jahren, daß sie anders spielte, als ihre Geschwister in diesem Alter. Sie warf alles umher, zerriß stundenlang stereotyp Zeitungspapier; dies tat sie fast 2 Jahre lang. Als sie älter war, schaukelte sie "wie wild" an der Tür, sprang tobend umher und störte das Spiel der anderen Geschwister. Bei unserer Untersuchung im Juni 1971 bevorzugt sie monotone Spiele, schreibt endlose Zahlenreihen auf und addiert sie auf der Rechenmaschine

des Vaters. Sie notiert auch gern stundenlang die Nummern bestimmter Autotypen von ihrem Fenster aus oder addiert deren Farben als Zahlenreihen, den Nummern eines Katalogs entsprechend, die sie auswendig weiß. Mit anderen spielt sie selten, da sie sich nicht unterordnen kann. Sie kommt deshalb auf dem Spielplatz sehr oft in Konflikt mit anderen Kindern oder dem Erzieher, da sie durchsetzen will, daß nur nach ihren Spielregeln gespielt wird. So spielt sie häufig zu Hause allein oder mit den Geschwistern. Diese gehen meist auf ihre Regeln ein oder sie spielen alle zusammen mit der Mutter, die viele Anleitungen und Hilfen gibt und die Kinder so motivieren kann, daß sie letztlich doch nach Ursulas Vorstellungen spielen.

Ursula bringt sich, so auch während der Hausbeobachtung, sehr schnell in den Mittelpunkt. Sie rülpst, als der Therapeut sie begrüßt, furzt dann, springt auf das Bett und kauert sich anschließend auf dem Tisch nieder. Sie ist ständig in Bewegung, schneidet Grimassen und fuchtelte mit Armen und Beinen. Das Gespräch des Therapeuten mit den Eltern stört sie durch Dazwischenreden. Sie schreit dann so lange, bis sich die Eltern mit ihr beschäftigen. Sie bezeichnet sich auch vor anderen als "behindertes Kind", das man gewähren lassen müsse und nicht bestrafen dürfe. Die Lehrerin berichtet uns hierzu: "Ursula stellte sich in der Schule hinter eine Glastür. Da es dort zu gefährlich war, wollte eine Erzieherin, die Ursula kannte, sie dazu bringen, wieder in die Gruppe der anderen Kinder zurückzukehren. Sie forderte sie aber erfolglos dazu auf, faßte sie dann am Schulranzen und wollte sie in die Reihe zurückdrängen. Dabei schrie aber Ursula durchdringend auf, wehrte sich heftig und schrie: "Laß mich los, weißt du nicht, daß ich ein geistig behindertes Kind bin".

Ihr Kontaktverhalten ist für die Eltern ebenfalls ein großes Problem. Früher sei sie "völlig enthemmt" (Eltern) gewesen, hätte sich vor anderen plötzlich nackt ausgezogen. Dies ist jetzt nicht mehr der Fall, aber sie sei jetzt sehr "liebebedürftig"

Die Eltern schildern dies so: "Sie macht keinen Unterschied zwischen Bekannten und Fremden, geht ganz nahe an die Personen heran und küßt sie an den Armen. Dabei bevorzugt sie bärtige und rauchende Männer". "Sie spräche fremde Leute auf der Straße an, z.B.: "Warum hast du ein rot kariertes Hemd an?", gehe ganz nahe heran, rieche intensiv an ihnen und äußere: "ich liebe Dich". Sie sei dabei sehr schwer zum Weitergehen zu veranlassen.

Kontrolle über das Verhalten

Die Eltern berichten, daß Ursula am besten der älteren Schwester folge, doch erst, nachdem diese strenger zu ihr wurde. Versprechungen - zum Beispiel ein neues Kleid - seien dabei sehr wirksam, um zu erreichen, daß Ursula eine Woche lang sich brav verhalten würde. Die Schwester erläutert hierzu, daß die Zeitspanne bis zur Belohnung nicht zu groß sein dürfe. Der Mutter folgt sie - nach deren Angaben - kaum beim ersten Mal. Diese muß ihr dann immer drohen, um eine Anordnung durchzusetzen. Dem Vater folgt sie etwas besser. Am wirksamsten ist, wenn die Eltern Ursula eine Zeitlang nicht mehr beachten oder mit ihr reden. Dann ist sie bald wieder folgsam. Dieses massive Mittel wird jedoch nur selten angewendet. Meist versuchen die Eltern "einiges bei ihr zu übersehen, weil sie dann leichter zu führen ist".

Schulprobleme, Schulleistungen

Lerngeschichte: Ihr Wissen eignete sich Ursula meist zu Hause an, da die Mutter sehr intensiv mit ihr und den anderen Geschwistern übte. Schreiben lernte Ursula zuerst zu Hause auf der Schreibmaschine. Sie hatte zunächst Schwierigkeiten, mit der Hand zu schreiben, da sie sich weigerte, den Bleistift anders als in die Faust zu nehmen. Um sie davon abzubringen, gab ihr die Mutter einen Füller in die Hand, mit dem sie nur mit Daumen und Zeigefinger schreiben konnte. So lernte sie auch mit der Hand schreiben. Zusammen mit ihrem Bruder Thomas lehrte

sie die Mutter auch Lesen. Dabei war sie, nach den Worten der Mutter, dem um 1 Jahr jüngeren Bruder "immer ein bißchen voraus". Mit den anderen Geschwistern zusammen lernte sie Rechnen.

Leistungsstand: Sie ist den anderen Kindern in ihrer Klasse leistungsmäßig überlegen, bringt aber - so die Lehrerin - diese Leistung nur, wenn sie es selbst will. Die größten Schwierigkeiten hat sie beim Rechnen. Sie versucht dabei immer, sich durch kleine Tricks den Aufgaben zu entziehen. So macht sie aus "minus" ein "plus", da sie nicht gern abzieht. In ihren Schularbeiten ist sie unbeständig, kann sich aber manchmal eine Stunde lang mit einer Sache beschäftigen.

Einordnung in der Schule: Sie stört den Unterricht durch Dazwischenreden oder erzählt Dinge, die sie zwar sehr zu bewegen scheinen - so Erlebnisse auf dem Schulweg oder vom Streit mit anderen Kindern -, die aber nicht zum Thema gehören. Die Lehrerin beklagt, daß sie nicht auf der Zeile schreiben will oder nur ganz bestimmte Farben benutzen würde, andere lehne sie kategorisch ab.

Provozierendes Verhalten in der Schule: Die Beobachtung zeigt, daß sie während des Unterrichts im Zimmer herumläuft, Verrenkungen vollführt und schrill kichert. Weiter erregt sie die Aufmerksamkeit der anderen Kinder durch Stuhlwippen, Bleistiftklappern, häufiges Rülpsen, Schnalzen, Furzen, heftig mit den Armen und Beinen winken und durch Grimassen schneiden.

Kontaktverhalten in der Schule: Auch setzt sie sich ohne Erlaubnis der Lehrerin zu den anderen Kindern. Dabei versucht sie die Buben zu küssen oder am Arm zu lutschen. Die Lehrerin meint, sie hätte jede Woche "einen anderen Lieblingsjungen".

Kontrolle über das Verhalten: Ähnlich wie die Eltern machte auch die Lehrerin die Erfahrung, daß durch bestimmtes Verhalten und durch "Ignorieren" Ursula besser zu führen ist. So ist das wirksamste Mittel, ihre Unterrichtsstörung zu beenden, wenn

man "böse" mit ihr ist, eine Zeitlang kein Wort mehr mit ihr spricht, sie für kurze Zeit in ein anderes Zimmer schließt oder sie nach Hause schickt. Letzteres trifft sie sehr, da sie sehr gern in die Schule geht. Auffällig für die Lehrerin ist, daß Ursula bei jeder Aufforderung eine genaue Erklärung dafür haben will, warum diese Aufforderung gegeben wurde. Wenn sie sich mit Ursula in eine längere Diskussion darüber einläßt, endet diese meist damit, daß Ursula auf ihrer Ansicht beharrt und der Aufforderung nicht nachkommt.

2.2.1.2 Die Eltern

Die Mutter

Frau K. ist 41 Jahre alt, wirkt jünger und sieht gesund aus. Sie war noch nie erkrankt und hat auch keine Beschwerden. Sie wirkt sympathisch, ist freundlich, aufgeschlossen und erzählt bereitwillig von ihren Schwierigkeiten und Problemen.

Sie hat eine Lehre als Schneiderin abgeschlossen. Nach der Gesellenprüfung arbeitete sie zeitweise in ihrem erlernten Beruf. Seit 1954 übt sie ihn nicht mehr aus. Jetzt arbeitet sie, neben der Hausarbeit und der Erziehung der Kinder, noch im Büro ihres Mannes mit und leitet es in seiner Abwesenheit. Sie macht diese Arbeit nicht gern und würde sich viel lieber nur um den Haushalt und die Kinder kümmern. Die Mutter macht zeitweise auf uns einen resignierten Eindruck. Auf die Frage: "Wie geht es Ihnen?", antwortet sie: "Man kann nicht klagen". Ihrer Meinung nach hat sie viel zu wenig Zeit für die Kinder und wäre froh, wenn sich auch ihr Mann mehr um die Familie kümmern würde. Sie würde keine großen Ansprüche stellen und wäre auch mit weniger Geld zufrieden.

Testergebnisse: Frau K. erzielte im HAWIE einen Gesamt-IQ von 107 (Verbalteil 104, Handlungsteil 110) Punkte.

Der Vater

Herr K. ist 46 Jahre alt und gesund. Er war noch nie ernstlich krank. Dem Therapeuten gegenüber verhält er sich freundlich und aufgeschlossen und unterzieht sich bereitwillig den Tests.

Er studierte Jura, brach sein Studium aber nach 3 Semestern aus finanziellen Gründen ab. Er war dann Vertreter, kaufmännischer Angestellter und ist jetzt selbständig. Er führt ein Büro mit 2 Mitarbeitern. Durchschnittlich 2 - 3 Tage in der Woche ist er auf Geschäftsreisen. In seinem Büro arbeitet er meist bis spät am Abend und auch am Wochenende. Er ist mit seiner Arbeit zufrieden, "sie macht mir Spaß". Er müsse deshalb so viel arbeiten, da die Konkurrenz in seiner Branche so groß sei, er aber andererseits etwas Großes für sich und seine Familie schaffen wolle.

Testergebnisse: Herr K. erzielte im HAWIE einen Gesamt-IQ von 110 (Verbalteil 104, Handlungsteil 118) Punkte.

Verhältnis der Eltern untereinander

Zum Zeitpunkt der Eheschließung war die Mutter 19, der Vater 24 Jahre alt. Die Mutter war schwanger. Zu den 7 Kindern, die aus dieser Ehe hervorgingen, äußert Frau K., daß sie nicht so viele gewollt habe, "er hat nicht aufhören können".

Frau K. charakterisiert das Verhältnis zu ihrem Mann so:

"Wir haben halt geschäftlich, privat und mit den Kindern zu tun". Sie spricht von ihm meist in der 3. Person: "Unser Herr K. hat wieder mal Zirkus zuhause gemacht ... Herr K. ist auf Reisen". Die Eltern schlafen in getrennten Zimmern. Die Mutter fühlt sich von ihm in ihren täglichen Problemen alleingelassen, hat niemand, mit dem sie über diese Probleme reden kann. Sie wirft ihm vor, daß er sich zu wenig um die Erziehung kümmere, er solle nicht so viel arbeiten, sie wäre mit weniger Geld auch zufrieden. Herr K. unterhält sich mit seiner Frau fast ausschließlich über geschäftliche Dinge. Dies geschieht sehr laut, meist

in Form eines Vorwurfs oder eines Auftrags: "Warum ist die Abrechnung noch nicht fertig?" oder "Wo sind meine Musterkoffer, ich muß weg, habt ihr mir alles zusammengestellt?". Die Mutter spricht ihn wegen Schwierigkeiten der Kinder an, wirft ihm vor, daß er sich zu wenig Zeit für die Familie nimmt. Er entgegnet dann, daß er momentan andere Dinge im Kopf hätte, ihr nicht zuhören könne, sie ihm doch besser alles aufschreiben solle. Diese Zettel liest er am Wochenende und heftet sie im Familienordner ab. So haben sie sich in letzter Zeit oft wochenlang nicht mündlich über private Dinge unterhalten. Wenn der Vater in die Erziehung eingreift, kritisiert ihn die Mutter: "Komm, geh' in Dein Büro und laß' uns allein. Du bringst hier ja alles durcheinander".

2.2.1.3 Die Geschwister

Die älteste Tochter Veronika starb zu Hause im Alter von 3 Jahren an einem plötzlich auftretendem Kehlkopfödem. Hannelore, 18 Jahre alt, arbeitet tagsüber als Sekretärin. Sie hat ein distanziertes Verhältnis zu Ursula; sie habe "nicht sehr viel mit Ursula zu tun", da sie meist ihren eigenen Interessen nachgeht und mit ihrem Freund häufig weggeht. Johannes, 14 Jahre alt, lebt in einem Internat, da er im Gymnasium nicht versetzt wurde. Er kommt alle 14 Tage nach Hause, hat wenig Kontakt zu Ursula. Thomas, 11 Jahre alt, hat in der Schule große Schwierigkeiten. Er kann nur mangelhaft lesen. "Er kommt mit Ursula aus" (Mutter). Babette, 10 Jahre und Jutta, 9 Jahre alt, "sind den ganzen Tag unzertrennlich". Sie gehen in die gleiche Klasse, da Babette später eingeschult wurde. "Sie haben ein gutes Verhältnis zu Ursula" (Mutter), spielen oft mit ihr zusammen.

2.2.1.4 Verwandtschaft

In der Verwandtschaft beider Eltern sind Nerven- und Geisteskrankheiten sowie Anfallsleiden oder Entwicklungsstörungen nicht bekannt. Die Eltern des Vaters sind gestorben, die Eltern der Mutter sind gesund und leben in einer Großstadt der BRD.

2.2.1.5 Soziale Situation

Berufssituation

Die finanziellen Verhältnisse scheinen geordnet. Der Vater verdient relativ viel, hat jedoch sehr hohe Unkosten zu bestreiten (3000 DM im Monat) und müsse Rückstände aus früheren Jahren abzahlen, da er durch den Konkurs einer Firma hohe Verluste erlitten hatte. Der Vater bezeichnet die Konkurrenz in seiner Branche als sehr groß, so daß er sich voll einsetzen müsse, um als Selbständiger für seine Familie eine Existenz aufzubauen.

Wohnbereich

Familie K. bewohnt eine Altbauwohnung mit 5 1/2 Zimmern und ca. 190 qm Wohnfläche. In der Wohnung ist zugleich Büro und Warenlager des Vaters untergebracht. Eine Trennung zwischen Geschäfts- und Wohnbereich ist nicht gegeben. Das eigentliche Büro und die Kammer für die Warenproben und Süßigkeiten liegen je an einem Ende der Wohnung. Der sehr lange Gang, der alle Räume verbindet, ist vollgestellt mit Aktenschränken, Kartons und Warenmustern. Auch im "Kinderzimmer" und im "Wohnzimmer" stapeln sich Kartons. Das Zusammenstellen von Wundertüten für Werbezwecke des Vaters findet ebenfalls im "Wohnzimmer" statt. Die beiden Telefone und der Fernschreiber, die im Büro stehen, beeinflussen ständig die Wohnsphäre, da sie Tag und Nacht in Betrieb sind. Die Wohnung ist sauber, wirkt aber durch das Durcheinander von Kartons, Wäschestapeln und Möbelstücken sehr unorganisiert und unübersichtlich. Nur die älteste Tochter hat ein "eigenes Zimmer", in dem sie allein lebt und das von den anderen als ihr Privatbereich respektiert wird.

Die 3 jüngeren Mädchen leben zusammen in einem Zimmer, in dem sie auch spielen und die Hausaufgaben machen, das aber auch als Warenabstellplatz für den Vater dient. Thomas schläft mit dem Vater in einem Zimmer; seine Bastecke ist von Schränken und Warenproben des Vaters umstellt. Die Mutter schläft im "Wohnzimmer" auf einer Couch. Es ist gleichzeitig ihr Arbeitszimmer, in dem sie ihre ungebügelte Wäsche stapelt, in dem der

Fernseher steht, in dem Hausaufgaben gemacht werden und in dem Wundertüten für den Vater zusammengestellt werden. Die Küche ist Wohn- und Waschraum zugleich. Neben dem großen Tisch steht die Waschmaschine, in einer Ecke trocknet die Wäsche. Die "Warenkammer" beinhaltet 2 Regale voller Süßigkeiten und ist für alle frei zugänglich, da sie nicht abgesperrt ist. Die Wohnung liegt an einer wenig verkehrsreichen Seitenstraße in der Nähe von Grünanlagen, mit Spielplatz und Schwimmbad. Die Schulen der Kinder sind 10 Minuten entfernt, der Schulweg von Ursula ist zu einem großen Teil von den Fenstern aus überblickbar.

Kontakte zu anderen Personen

Die Familie lebt ziemlich abgeschlossen, sie haben keine Freunde in München. Die Verwandten wohnen in weit entfernten Städten und im Ausland. Sie empfangen kaum Besuche, Fremde kommen meist aus geschäftlichen Gründen. Mit den Bewohnern im Haus, meist ältere, alleinstehende Mieter, haben sie ebenfalls kaum Kontakt. Wegen Ursula haben sie sich von allen zurückgezogen, da es immer wieder zu Konflikten kam.

2.2.1.6 Konzept und Verhalten der Erzieher

Die Mutter

Die Therapeuten hatten insgesamt den Eindruck, daß die Mutter sich sehr um Ursula bemüht und auch Geschick und Phantasie im Umgang mit ihren Kindern zeigte. Trotzdem werden wir im folgenden, im Interesse einer effektiven Therapie, das Verhalten der Erzieher auf Störvariablen hin untersuchen.

Die Mutter beschreibt das Problemverhalten ihrer Kinder so: "Ursula ist beim Essen etwas heikel". Die Hausbeobachtung zeigte jedoch, daß sie für Ursula extra kocht (bis zu 5 mal in der Woche!) und es jeden Tag beim Essen große Schwierigkeiten mit Ursula gibt. Von Thomas berichtet sie, daß er "in der Schule nicht der Beste ist". Tatsächlich aber hat er in

mehreren Fächern enorme Schwierigkeiten und steht in Rechnen und Deutsch auf Note 5 - 6.

Die Mutter ist dafür, ihre Kinder "in Freiheit zu erziehen", denn sie würden dadurch selbständiger. "Man soll Kindern nicht zu viel dreinreden, sie finden sich schon selbst zurecht". Tatsächlich aber bedeutet dies, daß die Mutter sich nur zeitweise um die Erziehung der Kinder kümmert, daß sie - vor allem in letzter Zeit aufgrund der steigenden Belastung - die Kinder sich selbst überläßt. Einige Male hat sie "die Familie verlassen" (Mutter), hinterließ nur einen Zettel "komme wieder" und blieb für ein paar Stunden oder einen Tag lang weg. Auf der anderen Seite leitet die Mutter die Kinder zu sehr an, fordert jeden beim Spiel einzeln auf ("nimm den Würfel ... du bist dran ... wirf noch einmal ..."). Sie hilft den Kindern bei den täglichen Verrichtungen, knöpft Mäntel zu, sitzt bei den Hausaufgaben dabei. So erreicht sie, daß ein Spiel möglich ist, die täglichen Aufgaben, Hausaufgaben oder Schulvorbereitungen verrichtet werden, wenig Konflikt unter den Kindern auftritt und so die Kinder unselbständig bleiben. Bei Ursula greift sie mehr ein als bei den anderen. Sie packt ihr immer den Schulranzen, sitzt bei den Hausaufgaben dabei und diktiert ihr. Zeitweise teilt sie, ohne Zusammenhang zum vorherigen Geschehen, Süßigkeiten aus, auch ohne Bedürfnis der Kinder. Diese haben ohnehin ungehinderten Zugang zu den Süßigkeiten.

Die Mutter verspricht den Kindern etwas, was sie nicht einhalten kann (z.B. einen gemeinsamen Spaziergang im Park). Inkonsequent ist auch, daß sie ihnen das abendliche Aufbleiben nicht erlaubt, dann aber doch nachgibt. Von Ursula sagt sie: "Sie hat es immer so hingebogen, daß sie das erreicht, was sie wollte". Sie reagiert mit Einlenken, Nachgeben, vermehrter Hilfestellung, wenn Ursula ihren Willen durchsetzen will. Strafkonsequenzen setzt sie selten.

In der Erziehung der Kinder kann die Mutter sehr phantasievoll und einfallsreich sein. Doch sind diese Situationen selten geworden. Sie hat - so sagt sie - in den letzten 3 Jahren resigniert, sich nicht mehr besonders um Ursula gekümmert, da sie keine Erfolge hatte und dabei auch nicht unterstützt wurde. Sie gibt den Kindern sehr viele Spielsachen, wie Puzzle, Steckspiele usw., doch sind dies Spielsachen, mit denen Kinder eben nur beschäftigt werden. Sie können damit allein spielen, kommen wenig in Konflikt. Es sind keine phantasievollen oder kreativen Spiele, deshalb werden sie auch nur kurz benützt.

Der Vater

Mit dem Vater fanden weniger Unterredungen statt als mit der Mutter. Er entschuldigte sich mit geschäftlichen Terminen und gab auch Fragen bezüglich der Erziehung sofort an seine Frau weiter. Insofern sind nur wenig Anhaltspunkte gegeben, die die Diskrepanz zwischen seinen verbalen Äußerungen und seinem tatsächlichen Verhalten erklärt. Schuldgefühle und die Reaktion auf das veränderte Verhalten seines "behinderten Kindes" halten wir dabei für bedeutungsvoll.

Sein Arbeitsbereich, der ihn zur Zeit am meisten beeinflusst, konnte von uns nicht untersucht werden. Das Problemverhalten von Ursula beschreibt er so: "Es gibt in meiner Familie keine großen Probleme". Ursula gegenüber müsse man Nachsicht haben, da sie in ihrer Entwicklung teilweise zurück ist. Sie hat schon sehr große Fortschritte gemacht, obwohl ihnen die Ärzte mitgeteilt hatten, daß Ursula nie sprechen und laufen lernen würde. Man hatte ihnen sogar offen ins Gesicht gesagt, daß man solche Kinder früher in Japan auf einem Berg ausgesetzt und sich selbst überlassen hätte. Sie haben sich trotzdem sehr um Ursula bemüht und man müsse eigentlich damit zufrieden sein, daß sie sich so weit entwickelt habe.

Der Vater bezeichnet es als einen schweren Verstoß gegen die Moral, wenn Ursula sich vor anderen nackt ausziehe. Einen ähnlichen Fall stelle auch das mehrmalige Aschentonnenauskippen dar, da seine Tochter dies "absichtlich tue". Gleichbedeutend sei, wenn "Ursula nicht, auch nach wiederholten Aufforderungen, am Sonntag den Rasierapparat ans Bett bringt oder nicht mithilft, meine Koffer aus dem Auto zu tragen, wie es die anderen Geschwister doch auch tun", obwohl er wisse, daß Ursula "ihn mag".

Der Vater äußert, daß er sich momentan nicht um die Erziehung seiner Kinder kümmern könne. Dies sei ganz Sache seiner Frau. Er selbst bestimme nur die grundsätzlichen Dinge, den Rahmen. Er ist dafür, "die Kinder in einer großen Freiheit zu erziehen, man darf sie nicht schlagen, man muß das Gespräch mit ihnen suchen". Er hätte das immer getan, deshalb herrsche bei ihm zu Hause auch keine "Diktatur", keiner hätte Angst, mit seinen Schwierigkeiten zu ihm zu kommen. Herr K. zieht sich auf seine Berufstätigkeit zurück. Er begründet seinen Arbeitsaufwand damit, daß sein Büro im Aufbau begriffen sei. Er wolle etwas Großes für sich und seine Familie schaffen. Da die Konkurrenz in seiner Branche so groß sei, müsse er sich sehr engagieren.

Die verbalen Äußerungen des Vaters stellen einen Störfaktor dar. Er spricht sehr viel und wiederholt sich dabei oft. Er spricht langsam, betont die einzelnen Silben genau, bleibt aber nicht beim Thema, schweift ab und spricht dann lange über andere Dinge. Auf die Therapeuten wirkt er belehrend, wie wenn wir das, was er sagt, nicht begreifen können und er es deshalb besonders einfach erklären müsse. Er unterbricht seine Ausführungen immer wieder mit "Sie verstehen mich doch, oder?". Die Beobachtungen zeigen, daß er häufig erst im Anschluß an "provozierendes Verhalten" von Ursula sich ihr zuwendet, lange Erklärungen abgibt, warum man so etwas nicht tun darf, und so weit ausholt, daß er sich dann in der Diskussion mit seiner Tochter an anderen Problemen festhakkt. Er unterbricht seine Ausführungen auch hier wieder mit: "Verstehst Du mich auch, mein Kind, ich glaube, Du verstehst mich nicht".

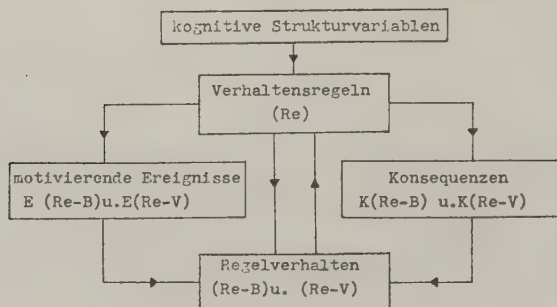
Sein Erziehungsstil ist häufig willkürlich und inkonsequent. Er erlaubt seinen Kindern, während der Arbeitszeit in sein Büro zu kommen, ist aber andererseits ärgerlich, wenn sie ihn bei der Arbeit stören und verbietet es ihnen dann. Ursula bevorzugt er, sie ist sein Liebling und er läßt ihr letztlich ihren Willen immer durchgehen. So ist es ihr auch erlaubt, den ganzen Tag im Büro zu sitzen und auf seiner Rechenmaschine zu tippen. Wenn die Kinder seinen Anordnungen nicht nachkommen, hat dies häufig keine Folgen - er wendet sich zum Teil ab oder geht in sein Büro zurück und überläßt das Problem seiner Frau.

Sein Erziehungsstil scheint einerseits drastisch streng zu sein, andererseits reagiert er mit Interessenlosigkeit. So berichtet die älteste Tochter, daß der Vater seine 4 ältesten Kinder vor einigen Jahren noch geschlagen habe, z.T. mit der Hundepeitsche. Auch zwang er sie, wenn sie etwas nicht essen wollten, mit ihm in ein anderes Zimmer zu gehen, wo er ihnen die Speisen so lange in den Mund stopfte, bis der Teller leer war. Er nennt die Situation seiner Kinder eine "große Freiheit", doch scheint es eher ein "sich überlassen sein" zu sein. So nahm er die Kinder regelmäßig auf eigenen Wunsch zu seinen Spaziergängen mit, doch kehrte er öfter schon ohne sie zurück. "Er hätte sie unterwegs verloren und könne sich auch nicht mehr erinnern, wieviele er mitgenommen habe" (Mutter). Er weigerte sich, sie zu suchen, "sie hätten sich nach ihm zu richten".

2.2.2 Darstellung nach dem "Schema zur Erhebung und Analyse von Daten im Regelmodell" (INNERHOFER 1974)

Zum besseren Verständnis des folgenden Abschnittes verweisen wir auf die Darstellung der einzelnen Größen des Regelmodells. im I. Teil der vorliegenden Arbeit.

Die schematische Darstellung sei dem vorangestellt:



Abkürzungen:

Re = Verhaltensregel
 E(Re-B) = motivierendes Ereignis für Regelbefolgen
 E(Re-V) = motivierendes Ereignis für Regelverstoß
 K(Re-B) = Konsequenz auf Regelbefolgen
 K(Re-V) = Konsequenz auf Regelverstoß
 (Re-B) = Regelbefolgen
 (Re-V) = Regelverstoß

Die Daten werden im folgenden einheitlich und vergleichbar dargeboten, indem die gesammelte Information anhand von 4 zentralen kritischen Verhaltensregeln den einzelnen Variablen-gruppen im Regelmodell zugeordnet wird.

Die Verhaltensregeln 1 - 4 haben hierbei folgendes kritisches Verhalten von Ursula zum Inhalt:

- Eßverhalten
- Kontaktverhalten
- provozierendes und Aufmerksamkeit erregendes Verhalten
- sich einordnendes Verhalten.

2.2.2.1 Verhaltensregel 1 (Eßverhalten)

1. Die Regelstruktur: Im Großen und Ganzen haben die Eltern resigniert, die Mutter nimmt es hin, daß sich Ursula beim Essen störend verhält. Zu großen Auseinandersetzungen kommt es

nur dann, wenn Ursula in der Schule ißt oder wenn der Vater oder Fremde dabei sind. Dem Therapeuten gegenüber verharmlost die Mutter das Problem.

2. Die Formulierung: Die Erwartungen der Eltern können so formuliert werden:

Ursula soll selbständig essen (z.B. Brote selbst streichen).

Ursula soll das essen, was auf den Tisch kommt.

Ursula soll von Speisen, die sie bisher abgelehnt hat, probieren und sie nicht unter großem Getöse von vornherein verweigern.

3. Die Form der Mitteilung: Die Mutter äußert sich motivierend: "Wenn Du Dein Brot selbst streichst, bekommst Du den Nachtisch" oder "Komm, Ursula, probiere das Gemüse doch wenigstens, nur einen Löffel voll". Der Vater sagt meist nichts, wenn er aber dazu Stellung nimmt, wird eine lange Rede daraus: "Komm, Ursulein, iß das jetzt, Du weißt doch, daß man essen muß. Du bist doch ein vernünftiges Kind, das weiß, wie man sich bei Tisch zu benehmen hat ...".

4. Zweck und Nützlichkeit: Die Regel zielt auf eine Verminderung der Belastung der Mutter in ihrem 7-Personen-Haushalt, der Konflikte im Kindergarten oder Tagesheimen, der Sonderstellung Ursulas und der Konflikte beim Essen mit der Familie außer Haus ab.

5. Die Kontrollierbarkeit: Kontrollierbar für die Erzieher ist die Selbständigkeit des Essens bei Tisch, die Art der Speisen, die sie bei Tisch zu sich nimmt und die verbale und averbale Ablehnung der Speisen.

Nicht kontrollierbar für die Erzieher ist, wenn Ursula unbemerkt Süßigkeiten aus der Kammer entwendet oder wenn sie sich zusätzlich Essen aus der Küche holt.

6. Widersprechende Regeln: Die Mutter versucht, Ursula zum Essen zu bewegen - der Vater reagiert darauf: "Ich will beim Essen meine Ruhe haben, laß' sie doch!".

Das Regelverhalten

1. Regelverstöße (Art und Häufigkeit): Ursula ißt unselbstständig, sie verlangt von der Mutter, daß sie ihr die Brote streicht. Sie lehnt Gemüse, Zwiebeln, Fisch, Salate mit Essig, Sauerkraut, Orangensaft, scharfe Speisen u.a.m. ab. Sie probiert keine neuen Speisen. Bis zu fünf mal in der Woche lehnt sie das, was die Mutter für alle zubereitet, ab.

2. Regelbefolgen: Sie trinkt Orangensaft, wenn er ohne ihr Wissen in Limonadenflaschen abgefüllt wird. Sie ißt Speisen, die sie normalerweise ablehnt, wenn die älteste Tochter in Abwesenheit der Mutter den Haushalt führt. Sie ißt selbständig (streicht Brote selbst) in Anwesenheit des Therapeuten. Wenn sie in seltenen Fällen neue Speisen probiert, geschieht dies heimlich unter dem Tisch oder außerhalb der Küche - die anderen dürfen sie dabei nicht beobachten.

3. Regelverständnis: Ursula ist durch diese Regel intellektuell nicht überfordert. Sie erfaßt, was man von ihr fordert.

4. Akzeptieren der Regel: Ursula verweigert die Regel, gibt an, daß sie überfordert würde ("ich kann das Brot nicht selbst streichen") und daß die Speisen, die sie ablehnt, "nicht gut riechen" würden.

5. Gewichtung von Regelverstößen: Ursula kann, wie die Ausnahmen zeigen, die Regel befolgen. Durch die häufigen Regelverstöße ruft sie jedoch eine zusätzliche Belastung der Umwelt hervor. Lebensnotwendig ist es nicht, daß ein Kind selbständig ißt oder sich beim Essen einigermaßen ruhig verhält, doch erschwert dieses massive Störverhalten beträchtlich das Erreichen einer gleichberechtigten Stellung in einer Gemeinschaft.

Die Konsequenzen

1. Lerngeschichte: In früher Kindheit wurde Ursula vom Arzt verordnet, daß sie nur Diät essen dürfe, kein Gewürz oder Salz. Im weiteren Verlauf wurde die Mutter sehr unsicher. Sie wußte nicht mehr, welche Speisen Ursula schaden könnten und kochte weiter extra Diätkost und das, was ihr Kind gern aß. In letzter Zeit hat Ursula nur das gegessen, was sie wollte. Scharfe oder unbekannte Speisen lehnte sie ab.

2. Konsequenzen auf Regelverstoß

Verstärkende Ereignisse auf Regelverstoß:

Die Mutter gibt häufig nach und kocht extra. Ursula steht im Mittelpunkt, sie wird von den Geschwistern beobachtet, die z.T. von ihrem Verhalten belustigt sind. Der Vater spricht längere Zeit mit ihr, kommt dabei vom Thema ab und spricht mit ihr über andere Dinge.

Bestrafende Ereignisse auf Regelverstoß:

Wenn die ältere Schwester den Haushalt führt, erhält Ursula, wenn sie das Essen verweigert, konsequent kein weiteres Essen. Einige Male setzte der Vater seine Forderung gewaltsam durch (stopfte Essen in den Mund; soll Kinder früher geschlagen haben).

3. Konsequenzen auf Regelbefolgen

Verstärkende Ereignisse auf Regelbefolgen:

Die Mutter hebt das selbständige Essen lobend hervor (bei der Hausbeobachtung). Eine genauere Aussage über die positiven Konsequenzen auf Regelbefolgen kann nicht gemacht werden, doch vermuten wir, daß ein Regelbefolgen in dem allgemeinen Durcheinander und durch die Überbelastung der Mutter nicht verstärkt wird.

Bestrafende Ereignisse auf Regelbefolgen

Hierüber fehlen uns Informationen.

Motivierende Ereignisse

Motivierende Ereignisse zum Regelbefolgen

Diskriminative Reize:

Wenn die Schwester den Haushalt führt oder bei Anwesenheit des Therapeuten.

Motivierende Ereignisse zum Regelverstoß

Situationsvariablen:

Die hektische Atmosphäre in der Küche durch das Büro, die Kinder und durch die meist überbelastete Mutter lassen eine übersichtliche Situation beim Essen nicht zu.

Diskriminative Reize:

Speisen, die scharf sind oder einen intensiven Geruch haben, sowie das verbale Störverhalten des Vaters.

Modelllernen:

Der Vater läßt sich Speisen von der Mutter zubereiten, die er selbst mitbringt und von denen die Mutter andeutet, daß sie sie verabscheut, da es sie beim Zubereiten ekeln würde. Die ältere Schwester hat längere Zeit ebenfalls einige Speisen abgelehnt, z.B. wurde ihr übel, wenn sie ein Ei auf dem Tisch sah.

Hilfestellung:

Die Mutter kocht Ursula fünf mal in der Woche, sie kocht ihr Speisen, die sie gern mag oder sie streicht ihr die Brote.

2.2.2.2 Verhaltensregel 2 (Kontaktverhalten)

Die Regelstruktur

1. Information zur Regel: Das sehr offene und auf Körperkontakt ausgerichtete Verhalten von Ursula steht im Gegensatz zum Kontaktverhalten der Eltern untereinander. Diese

sehen sich selten, schlafen getrennt, sprechen meist nur über geschäftliche Dinge und unternehmen selten etwas gemeinsam. Die Eltern empfinden jenes Verhalten als das schwerwiegendste Problem bei Ursula, sie äußern Angst vor den möglichen Folgen.

2. Die Formulierung: Die Erwartungen der Eltern können so formuliert werden: Ursula soll nicht fremde Leute auf der Straße anreden und anfassen, nicht ganz nahe an sie herangehen und an ihnen riechen oder am Bart ziehen oder am Arm lutschen oder küssen u.ä. Die Erwartungen der Lehrer können ähnlich formuliert werden.

3. Die Form der Mitteilung: Die Mutter spricht die Regel nicht wörtlich aus, sondern sie versucht es indirekt über Aufforderungen: "Komm, Ursula, wir gehen weiter" oder durch Ablenkung: "Schau mal, was dort hinten für ein komisches Auto steht, das schauen wir uns jetzt an". Der Vater fordert Ursula ebenfalls auf, weiterzugehen, hält ihr aber dabei lange "moralische" Reden: "So etwas tut man nicht, Du willst doch ein kluges Kind sein; mein Kind, mein Kind, man kann doch nicht alles machen.

4. Zweck und Nützlichkeit: Da Ursula auf der Straße mit Straßenarbeitern und Pennern Kontakt aufnimmt, befürchten die Eltern, daß sie leicht Opfer eines Sexualvergehens werden könnte. Unabhängig davon halten wir die Regel für sinnvoll, da sie durch die Art der Kontaktaufnahme von ihrer Umwelt sozial nicht akzeptiert und ernst genommen wird. Weiterhin hilft diese Regel im Moment mit, die Diskrepanz zwischen der körperlichen und geistigen Reife von Ursula zu überbrücken. Sie ist - für uns gesehen - nur ein Anfang für den Aufbau eines adäquaten Kontaktverhaltens.

5. Die Kontrollierbarkeit: Kontrollierbar ist diese Regel nicht, wenn Ursula sich von der Mutter/Erzieher entfernt oder wenn sich durch Anwesenheit mehrerer Kinder die Übersichtlichkeit stark reduziert.

6. Widersprechende Regeln: Darüber können wir keine Aussage machen.

Das Regelverhalten

1. Regelverstöße

Art: Ursula spricht auf der Straße fremde Leute an und unterhält sich lange mit ihnen. Sie tritt, vor allem bei Bärtigen und Rauchern ganz nahe heran, atmet den Rauch ein, zieht am Bart oder versucht, die Fremden am Arm zu küssen und sagt dabei: "Ich liebe Dich". In der Schule setzt sie sich ganz nahe an die Buben oder lutscht an deren Arm.

Häufigkeit: Bei Bärtigen und Rauchern kommt es fast immer zu einem Regelverstoß (Aussage der Eltern). Bei der Hausbeobachtung zeigte sie dieses Verhalten dreimal dem Therapeuten gegenüber. Sonst kann über die Häufigkeit wenig Exaktes ausgesagt werden. Über die Häufigkeit in der Schule führen wir die Angaben der Lehrerin an: "Sie hat jede Woche einen anderen Lieblingsjungen, mit dem sie das macht".

2. Regelbefolgen: Vor dem Verlobten ihrer Schwester, der ihr gegenüber sehr bestimmt auftritt und ihr erklärt, daß er das nicht will oder ihr androht, nicht mehr mit ihr reden zu wollen (Aussage der Mutter), verhält sie sich unauffällig. Auch tritt ein Störverhalten nicht auf, wenn sie auf der Straße von den Erziehern an der Hand gehalten wird.

3. Regelverständnis: Ursula versteht das Verhalten, das von ihr gefordert wird, kann aber unserer Meinung nach nicht abschätzen, welche Folgen ein Regelverstoß haben kann.

4. Akzeptieren der Regel: Ursula akzeptiert die Regel nicht und verweist dabei auf Zärtlichkeiten ihrer älteren Schwester mit dem Verlobten oder sie gibt an, daß sie bärtige Männer

eben liebe. Auch rechtfertigt sie ihre Annäherung mit den Worten: "Es ist nicht gut, allein zu sein."

5. Gewichtung von Regelverstößen: Es handelt sich hier um ein Verhalten, das niemandem schadet, das aber Sitten und Gebräuche verletzt. Innerhalb der Familie ist dies nicht sehr schwerwiegend, doch außerhalb reagiert die Umwelt mit sozialen Konsequenzen, wie: Auslachen des Kindes durch die Spielkameraden und Angehörige der Familie, Fernhalten anderer Kinder von "dieser Familie", Vorwürfe der Nachbarn gegenüber den Eltern, oder ein Verstecken von Ursula im Haus, da sich die Familie schämt.

Die Konsequenzen

1. Lerngeschichte: Über die Entwicklung in diesem Bericht können wir nichts aussagen. Ursula ist stark kurzzichtig, was erst zu Beginn der Therapie diagnostiziert wurde. Möglicherweise kann das dadurch bedingte Naheherangehen für ihr Kontaktverhalten von Bedeutung sein.

2. Konsequenzen auf Regelverstoß

Verstärkende Ereignisse auf Regelverstoß: Wenn Ursula am Arm des Vaters riecht oder daran lutscht, lächelt er, streichelt sie und sagt: "Ursulein, Ursulein, muß das sein?". In der Schule geht die Lehrerin auf Regelverstöße von Ursula ein und wird dabei von ihr in lange Diskussionen verstrickt. Bestrafende Ereignisse auf Regelverstoß: In der Schule erfolgt dies häufig verbal: "Geh weg!" durch Lehrer und Schüler. Zu Hause darf sie nicht in den Hof zum Spielen gehen. Körperliche Strafen wurden nicht beobachtet.

3. Konsequenzen auf Regelbefolgen:

Darüber können wir zu wenig aussagen. Doch scheint die Mutter manchmal das Einlösen der versprochenen Belohnung zu vergessen.

Die motivierenden Ereignisse

1. Motivierende Ereignisse zum Regelbefolgen

Hilfestellung: Die Mutter gibt Ursula verbale Hilfen, verspricht ihr vorher eine Belohnung, wenn sie brav ist oder sie nimmt ihre Tochter fest an der Hand. Sie begleitet sie auch auf dem Schulweg oder mit zum Schulplatz und sucht Situationen aus, in denen es wenig zum Konflikt mit anderen kommen kann.

2. Motivierende Ereignisse zum Regelverstoß

Nichtkontingente Belohnung und Bestrafung: Die Eltern reagieren nicht kontingent auf das Verhalten von Ursula. Meist dulden sie bei sich selbst Ursulas Regelverstöße, rügen sie aber im Beisein von Fremden. Die angespannte emotionale Situation der Eltern, die Überbelastung durch das Büro u.a. begünstigen, daß sie auf einige Regelverstöße nicht reagieren, dann wieder Ursula ermahnen, oder sich Ursula zuwenden.

Diskriminativer Reiz: Fast regelmäßig kommt es im Beisein des Vaters zu Regelverstößen (Hausbeobachtung).

2.2.2.3 Verhaltensregel 3 (Provozieren, Aufmerksamkeit erregen)

Die Regelstruktur

1. Information zur Regel: Innerhalb der Familie herrscht infolge der Überlastung der Mutter und der Wohnsituation eine große Unordnung. Wir gewannen den Eindruck, daß sich die Kinder in dieser Situation nur bemerkbar machen können, wenn sie etwas Auffälliges tun.

2. Die Formulierung: Die Erwartungen der Eltern können so formuliert werden: Ursula soll keine Wutausbrüche zeigen, schreien, herumtoben oder sich auf den Boden werfen. Die Erwartungen der Erzieher in der Schule beinhalten zusätzlich:

Ursula soll auf dem Stuhl ruhig sitzen, nicht schaukeln, sie soll nicht kreischen, rülpsen, mit der Zunge schnalzen, pfeifen, furzen oder die Worte verdrehen und Schimpfworte benutzen.

3. Die Form der Mitteilung: Die Mutter äußert sich kurz: "Ursula, laß' das!" oder "Du sollst das nicht!". Der Vater dagegen schweift aus: "Das tut man nicht, Du willst doch ein anständiges Kind sein und bist schon fast erwachsen. Wenn Du erwachsen sein willst, muß Du Dich anständig benehmen." Die Lehrerin sagt: "Ursula, setz' Dich auf Deinen Platz - oder "Schauke nicht mit dem Stuhl".

4. Zweck und Nützlichkeit: Die Regel zielt darauf ab, ein ständiges Provozieren der Umwelt zu vermeiden. Gleichzeitig soll vermieden werden, daß Ursula ihre Umgebung tyrannisiert, die Erfüllung ihrer Wünsche durch Wutausbrüche oder Provokationen erzwingt. Dadurch soll Ursula die Sonderstellung, die Rolle des Kasperls und Außenseiters verlieren und zu angemesseneren Kommunikationsformen übergehen.

5. Die Kontrollierbarkeit: Kontrollierbar ist die Regel in übersichtlichen, strukturierten Situationen, aber nicht in unübersichtlichen Situationen, auf dem Spielplatz oder zu Hause, wenn alle Kinder herumtoben und mit Ursula ohne Aufsicht spielen.

6. Widersprechende Regeln: Zu Hause darf sie herumtoben und alle Lautäußerungen von sich geben - in der Schule wird sie dafür bestraft.

Das Regelverhalten

1. Regelverstöße

Art: Wutausbrüche, Schreien, Herumtoben, Sich-auf-den-Bodenwerfen, mit dem Stuhl schaukeln, nicht ruhig auf dem Platz sitzen können, Kreischen, Rülpsen, mit der Zunge schnalzen, Pfeifen, Furzen, Gebrauch von Schimpfworten und Verdrehung der Worte.

Häufigkeit: In jeder beobachteten Situation versucht Ursula, ständig in den Mittelpunkt zu kommen und benutzt hierzu oben angegebene Verhaltensweisen. Wutausbrüche traten während den Hausbeobachtungen nicht auf.

2. Regelbefolgen: In der Schule ist das Störverhalten bei der Klassenlehrerin deutlich, im Gegensatz zu Aushilfslehrkräften, vermindert. Ein Regelverstoß tritt auch seltener auf, wenn ihr die ältere Schwester für Regelverhalten innerhalb eines festgelegten Zeitraums eine Belohnung (z.B. gemeinsamer Cafebesuch) verspricht.

3. Regelverständnis: Sie hat die Regel verstanden, aber ihr sind die Konsequenzen eines Regelverstosses nicht klar. Sie gibt häufig an, daß man ihr unrecht tue - zu Hause sei das erlaubt.

4. Akzeptieren der Regel: Sie akzeptiert die Regel nicht, erreicht sie doch durch Regelverstöße die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Umwelt. Sie hat Spaß in der Rolle des Kasperls und begründet andererseits, daß sie nicht anders könne, z.B. einen Magen habe, der sie zum Rülpsen zwingt.

5. Gewichtung von Regelverstößen: Es handelt sich um ein sehr störendes Verhalten, das in dieser Häufigkeit für die Umwelt kaum zu ertragen ist. Es stellt einen schwerwiegenden Regelverstoß dar als Regelverstöße der beiden vorangegangenen Abschnitte. Eine besondere Bedeutung kommt diesem Verhalten auch deshalb zu, da es hauptsächlich dafür verantwortlich ist, daß Ursula nicht in eine Lernbehinderten-Schule übertreten kann.

Die Konsequenzen

1. Lerngeschichte: In den ersten Lebensjahren konnte Ursula nicht sprechen und wenn sie sich ausdrücken wollte, hat sie geschrien oder sich laut bemerkbar gemacht.

In der Folgezeit hat sie, wenn ihr etwas mißfiel, so lange getobt, bis sie ihren Willen durchsetzen konnte. Als sie später Wortverdrehungen erfand, sahen die Eltern dies als ein Zeichen ihrer Intelligenz an und verstärkten sie in diesem Verhalten.

2. Konsequenzen auf Regelverstoß

Verstärkende Ereignisse: Nach einem Regelverstoß wenden sich die Eltern häufig Ursula zu. Der Vater spricht meist nur im Anschluß an einen Regelverstoß mit Ursula und unterhält sich dabei längere Zeit mit ihr ("Ursulein, Ursulein, komm' her, ich muß Dir etwas sagen ..." usw.). Die Lehrerin ermahnt Ursula, läßt sich aber sehr schnell in eine Diskussion über die Regelverstöße verwickeln. Die Geschwister und Spielkameraden sind von Ursulas Verhalten belustigt und ahmen sie nach.

Bestrafende Ereignisse: Besonders die Mutter, aber auch die Lehrerin ignorieren Ursula einige Zeit oder sprechen nicht mehr mit ihr. Beim Vater wurde registriert, daß er Ursula einige Male leicht auf die Hand schlug - er soll aber (nach Angaben der ältesten Tochter) die Kinder vor Jahren einige Male mit der Hundepeitsche geschlagen haben.

3. Konsequenzen auf Regelbefolgen

Verstärkende Ereignisse: Wenn Ursula ein angepaßtes Spiel- oder Arbeitsverhalten zeigt, bekommt sie nur selten Zuwendung. Über eine Bestrafung können wir keine Aussagen machen.

Die motivierenden Ereignisse

1. Motivierende Ereignisse zum Regelbefolgen

Hilfestellung: Wenn Ursula in Spiel- oder in Arbeitssituationen vermehrt Hilfestellung oder Aufmerksamkeit der Erzieher erhält, treten Regelverstöße wesentlich seltener auf.

2. Motivierende Ereignisse zum Regelverstoß:

Situationsvariablen: Wenn Unordnung und Hektik herrscht, die Eltern sich sehr laut untereinander unterhalten, so kann Ursula sich in dieser Situation nur durch lautes Störverhalten bemerkbar machen. Wenn die Erfüllung einer Aufgabe im Spiel oder in einer Arbeitssituation von einer genauen Einhaltung einer vorgegebenen Ordnung abhängig ist, führt dies meist zu Regelverstößen. Ebenso, wenn sie die Aufgabe sichtlich überfordert.

Inkontingente Belohnung und Bestrafung: Die Mutter gibt häufig nach, "übersieht" Ursulas Störverhalten, weil sie glaubt, in ihrer Belastungssituation damit besser zurecht zu kommen. Auf der anderen Seite verteilt sie dann wahllos Süßigkeiten an die Kinder.

Diskriminativer Reiz: Sofort nach provozierenden Äußerungen des Vaters, wie: "Ich glaube, das kannst Du nicht" oder "Ich glaube, Du bist doch noch ein Findelkind - so, wie Du, benehmen sich doch nur Findelkinder", äußert Ursula massive Regelverstöße. Auch die "erläuternden Äußerungen" der Mutter: "Schaun Sie, was sie jetzt gleich machen wird - sehn Sie, so macht sie das immer!", haben Regelverstöße zur Folge.

2.2.2.4 Verhaltensregel 4 (sich Einordnen)

Die Regelstruktur

1. Information zur Regel: Die Eltern verlangen von Ursula ein "Sich-Einordnen-können". Dies setzt jedoch eine Ordnung voraus, die innerhalb der Familie in dem 8-Personen-Haushalt mit einer Vermischung des Geschäfts- und Wohnbereiches und durch Überbelastung der Erzieher nur zu einem geringen Teil gegeben ist.

2. Die Formulierung: Die Erwartungen der Eltern und Erzieher können wie folgt zusammengefaßt werden: Ursula soll sich beim Spiel, in der Klassengemeinschaft einordnen und sich nach den dort geltenden Regeln verhalten können. Sie soll nicht das Spiel oder den Unterricht stören und nicht immer nur ihren Willen wollen. Sie soll, wenn Regeln geändert werden, flexibel sein und sich nach diesen geänderten Regeln verhalten können.

3. Die Form der Mitteilung: In der Schule fordern die Erzieher Ursula auf: "Setz Dich auf Deinen Platz" oder "Spricht nicht, bevor Du dazu aufgerufen wirst". Zu Hause gibt die Mutter meist kurze Aufforderungen: "Komm' her" oder "Setz Dich dorthin" oder "lauf nicht herum". Der Vater dagegen gibt lange Erklärungen ab, die mit der Ursache der Mitteilung in keinem Sinnzusammenhang stehen.

4. Zweck und Nützlichkeit: Regelverstöße führen dazu, daß Ursula von Gleichaltrigen nicht als Partner akzeptiert wird, die Rolle des "Außenseitters" erhält oder von den Erwachsenen als "Störenfried" angesehen wird. Durch die Regel soll erreicht werden, daß sich Ursula in eine Gruppe und in eine Ordnung einfügen lernt, damit sie akzeptiert wird und somit in einer Gemeinschaft leben kann.

5. Die Kontrollierbarkeit: Kontrollierbar ist in der Schule das Erfüllen der Aufforderungen oder die Eingliederung in die Gemeinschaft. Nur schwer zu kontrollieren ist die Einordnung auf dem Spielplatz oder zu Hause innerhalb der unstrukturierten Wohnsituation.

6. Widersprechende Regeln: Die Mutter will durchsetzen, daß die Kinder täglich zur gleichen Zeit ins Bett gehen. Wenn der Vater nach Hause kommt, erlaubt er ihnen jedoch (insbesondere Ursula) das Aufbleiben: "Ich will meine Kinder um mich haben".

Das Regelverhalten

1. Regelverstöße

Art: Im Spiel spielt sie nicht nach den üblichen Spielregeln mit anderen Kindern. Sie will zuerst anfangen, nur mit den gelben Steinen spielen, nicht ausscheiden müssen usw. Im Sandkasten benutzt sie die Spielgeräte anderer und will sie dann nicht mehr zurückgeben. Sie bleibt beim Ballspielen nicht in ihrem Spielfeld, sondern läuft frei umher. In der Schule stört sie den Unterricht durch Herumlaufen, Dazwischenreden, "provozierendes Verhalten", sie kommt Anordnungen und Aufforderungen der Erzieher nicht nach (schreibt nicht auf der Zeile, schreibt nur mit gelbem Filzstift, will nicht subtrahieren).

Häufigkeit: Angeblich stört sie so oft den Unterricht.

Exakte Angaben können wir hierzu nicht machen.

2. Regelbefolgen: Ursula befolgt die Regel, wenn sie motiviert ist, oder wenn sie die Spielregeln selbst bestimmen kann.

Bei der Klassenlehrerin zeigt sie weniger Regelverstöße als bei Aushilfslehrkräften. Wenn die Mutter beim Spiel mit den Geschwistern dabei ist, spielt sie besser mit.

3. Regelverständnis: Wir nehmen an, daß Ursula den Inhalt der Regel erfaßt.

4. Akzeptieren der Regel: Ursula akzeptiert die Regel nicht und gibt dafür an: "Ich will nicht mit anderen spielen, die machen mir alles kaputt" oder: "es ist nicht gut, etwas zu ändern" oder "ich will nicht auf einem Fleck stehenbleiben, sonst wächst man an und man muß immer dort stehen".

5. Gewichtung von Regelverstößen: In der Familie ist die Belastung durch die Regelverstöße von Ursula sehr groß. Die Mutter ist nur noch teilweise in der Lage, diese Belastung zu ertragen. Wir vermuten, daß in der weiteren Entwicklung

die Probleme eher anwachsen werden und die Fürsorge, das Tolerieren der Eltern Grenzen haben wird. In der Schule ist ein erneuter Umschulungsversuch nicht möglich und Ursula kann somit keinen Beruf erlernen - wie dies in einer Lernbehindertenschule möglich wäre - und sie wird in ihrem weiteren Leben vermehrt auf die Fürsorge anderer angewiesen sein. Ursula kann sich außerhalb der "beschützenden Gemeinschaft" nicht zurechtfinden und wird, wenn es in der Familie nicht mehr möglich ist, ihr Leben in einem Heim verbringen müssen.

Die Konsequenzen

1. Lerngeschichte: Als "krankes" Kind hatte Ursula seit dem 8. Lebensmonat eine Sonderstellung in der Familie eingenommen. Sie spielte anders als ihre Geschwister, warf alles umher, zerriß stereotyp Zeitungspapier. Sie störte das Spiel der anderen und sprang tobend dazwischen. Ein gemeinsames Spiel kam nur zustande, wenn nach ihren Vorstellungen gespielt wurde. Andernfalls schrie sie, was zum Spielabbruch führte oder die Eltern versuchten, das Spiel nun nach Ursulas Vorstellungen durchzuführen. Ursula lernte, daß sie als "behindertes Kind" ihren Willen durchsetzen konnte ("Laß mich los, weißt du nicht, daß ich ein behindertes Kind bin!"). Bei ihren mehrmaligen Krankenhausaufenthalten tobte sie so sehr und zerbrach Fensterscheiben, daß sie sofort die Entlassung durchsetzen konnte. Im Kindergarten paßte sie sich nicht an und wurde wieder nach Hause geschickt. Auch vom Schulbesuch wurde sie zwischen dem 6. und 9. Lebensjahr zurückgestellt. Die Einschulung in den Sonderschulkindergarten mit 9 Jahren war nur mit medikamentöser Therapie, die Einschulung in die Geistigbehindertenschule erst mit 11 Jahren möglich. Eine Versetzung in die Lernbehindertenschule scheiterte (mit 12 Jahren) an ihrem oben beschriebenen Störverhalten.

2. Konsequenzen auf Regelverstoß

Verstärkende Ereignisse:

Die Eltern erfüllen Ursulas Forderungen, wenn sie nur lange genug schreit und tobt. Die Geschwister geben nach, da die Eltern, um Ruhe zu haben, dann doch zu Ursulas Gunsten eingreifen. Die Lehrerin läßt Ursula in der Klasse zeitweise gewähren, weil sie glaubt, dadurch weitere Konflikte zu vermeiden. Wenn sie alleine spielt und sich von den anderen absondert (Hausbeobachtung), wendet sich der Vater ihr zu: "Schöne Sachen machst Du, siehst Du, Du bist doch ein kluges Kind". Außerdem wendet er sich meist im Anschluß an Regelverstöße Ursula zu und debattiert mit ihr dann längere Zeit.

Bestrafende Ereignisse:

Die Mutter ignoriert manchmal Ursulas Regelverstoß oder spricht einen Tag lang nicht mit ihr, ist aber oft inkonsequent dabei. Teilweise ignoriert die Lehrerin (was diese als sehr wirksam bezeichnet) Ursula oder sie schickt sie aus der Klasse oder nach Hause. Die Spielkameraden schließen sie auf dem Spielplatz aus und wollen nicht mehr mit ihr spielen.

3. Konsequenzen auf Regelbefolgen: Zu Hause wird, nach unseren Beobachtungen, Ursula nicht belohnt, wenn sie sich einordnet. Die Mutter lobt sie nur selten. Über bestrafende Konsequenzen können wir keine exakten Angaben machen.

Die motivierenden Ereignisse

1. Motivierende Ereignisse zum Regelbefolgen

Hilfestellung: Die Regelverstöße sind vermindert, wenn die Situation so gestaltet wird, daß sie Ursulas Vorstellungen entspricht, wenn ihre Regeln gelten. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Mutter mitspielt und die Spielsituation durch äußerst geschickte Hilfestellung so gestaltet, daß Ursula nicht widerspricht und sich begeistert einordnet. Dies gilt auch, wenn man ihr eine Belohnung verspricht und der Zeitab-

schnitt bis zur Belohnung nicht zu lang ist.

Diskriminativer Reiz: Wenn die Schwester die Erziehung übernimmt, kommt es zu weniger Regelverstößen.

2. Motivierende Ereignisse zum Regelverstoß

Situationsvariablen: Ursula verstößt gegen die Regel, wenn neue Spiel- oder Arbeitsregeln eingeführt werden oder bisher gültige abgeändert werden.

Diskriminativer Reiz: Wenn in der Schule Aushilfslehrkräfte den Unterricht leiten, ordnet sie sich weniger ein.

2.3 Analyse der Daten und Kritik des Erziehungskonzepts

Aufbauend auf die Darstellung der Information im vorhergehenden Abschnitt gelangen wir durch die im Regelmodell definierten Beziehungen der einzelnen Variablen untereinander zu einer relevanten Analyse des Verhaltens. Wir kritisieren das Erziehungskonzept vom Standpunkt der Störung aus und stellen auch die positiven Seiten dar. Zusätzlich werden die medizinischen Daten und die psychologischen Testergebnisse berücksichtigt. In einem weiteren Schritt werden dann die Abhängigkeitshypothesen aufgestellt, die in Bezug auf die Therapie das kritische Verhalten Ursulas ausreichend erklären.

2.3.1 Medizinische Daten

Ursula leidet an psychomotorischen Anfällen. Das Vorliegen einer frühkindlichen Hirnschädigung ist anzunehmen, erklärt aber nicht ausreichend das kritische Verhalten des Kindes.

2.3.2 Intelligenztests

Ursula hat - den Tests zufolge - einen deutlichen Intelligenzrückstand. Im Kramer-Test entspricht ihrem chronologischen Alter von 12,9 Jahren ein Intelligenzalter von 7,1 Jahren;

im HAWIK hat sie einen Gesamt-IQ von 63, was im Bericht als Grenzbefund zur Debität interpretiert wird. Anzunehmen ist, daß durch diese Testung das tatsächliche Intelligenzniveau nicht realisiert wurde.

2.3.3 Erziehungskonzept und Darstellung des kritischen Verhaltens

Positive Seiten

Zur Regelstruktur: Die Erzieher äußern Erwartungen (Regel 1-4), die wir aus pädagogischer Sicht für sinnvoll halten. Die Regeln zielen allgemein auf eine Verminderung der Belastung der Umwelt und auf eine Verminderung der Sonderstellung Ursulas ab. Die Formulierung ist allerdings unterschiedlich. Positiv erscheint uns dabei die klare und knappe Formulierungsweise der Mutter, z.T. auch der Lehrerin.

Zum Regelverhalten: Zusammenfassend können wir sagen, daß Ursula wohl die Regel erfaßt und auch Regelverhalten (in bestimmten Fällen) zeigen kann. So probiert sie in seltenen Fällen oder heimlich neue Speisen, ißt mit, wenn die Schwester den Haushalt führt, spielt mit, wenn die Mutter anleitet und ist in der Schule bei der Klassenlehrerin ruhiger.

Zu den Konsequenzen: Einige Male konnten wir feststellen, daß die Mutter und auch die Lehrerin Ursula für Regelverhalten loben. In einigen weiteren Fällen reagieren die Erzieher auf Regelverstöße mit Ignorieren, Nicht-mehr-ansprechen, aus dem Zimmer oder von der Schule nach Hause schicken (Mutter und Lehrerin). Dies scheint auch die wirksamste Strafkonzsequenz zu sein. Die Schwester weigert sich, auf Regelverstöße Ursulas nachzugeben und z.B. für sie extra zu kochen.

Zu den motivierenden Ereignissen: Die Mutter ordnet die Situation z.T. sehr geschickt an, erreicht durch Hilfestellungen ein Regelverhalten von Ursula. Die Anwesenheit der Schwester scheint sich ebenfalls günstig auf Teilbereiche des Regelverhaltens von Ursula auszuwirken.

Kritische Punkte des Erziehungsverhaltens und kritisches Kindverhalten

Zur Regelstruktur: Die Resignation und Überbelastung der Mutter, das gespannte emotionale Verhältnis zwischen den Eltern und die Unorganisiertheit und Unordnung wirken sich nachteilig auf die von den Eltern formulierten Regeln aus. Die Formulierungen der Regeln sind zum Teil unpräzise oder bestehen nur aus Aufforderungen, ohne dabei das Ziel anzugeben. Der Vater schweift bei seinen Formulierungen unnötig ab, ist dabei langatmig und umständlich und verknüpft die Aufforderungen mit moralischen Wertbegriffen. Die geltenden Regeln widersprechen sich zum Teil, weil der Vater Ausnahmen macht, "seine Ruhe haben will" oder "endlich einmal seine Kinder um sich haben will". Zusätzlich haben Regeln, die einen Teil des provozierenden Verhaltens Ursulas in der Schule betreffen, zu Hause keine Gültigkeit.

Zum Regelverhalten: Ursula verstößt häufig gegen die Regel. Sie ist unselbständig, weigert sich, bestimmte Speisen zu essen. Sie zeigt ein störendes Kontaktverhalten, das verstärkt bei Bärtigen und Rauchern auftritt. Sie äußert häufig ein provozierendes Verhalten durch verbale und motorische Auffälligkeiten. Sie spielt nicht nach gültigen Spielregeln, ordnet sich nicht ein und kommt Aufforderungen der Erzieher nicht nach. Sie akzeptiert die Regeln nicht und verweigert sie. Von ihren Regelverstößen wirken sich besonders die von Regel 3 und 4 am nachteiligsten aus. Sie sind sehr störend für die Umwelt, bewirken, daß Ursula in der Schule nicht in eine Lernbehindertenklasse übertreten kann und belasten die Familie sehr. Ihr Kontaktverhalten wirkt sich (zur Zeit) besonders außerhalb der Lebensgemeinschaft aus und stempelt sie zum Sonderling. Auch ihr Eßverhalten erschwert ihr das Leben in einer Gemeinschaft.

Zu den Konsequenzen: In Ursulas Lerngeschichte scheint bedeutsam, daß die Eltern die verzögerte Entwicklung und die Anfälle von Ursula verunsichert wurden. Sie waren mit ihrem "behinderten Kind" sehr nachsichtig und verhielten sich Ursula gegenüber so, als wäre sie auf einer frühen Entwicklungsstufe stehengeblieben.

Zusätzlich verstärkt der Vater die Regelverstöße von Ursula, indem er sich unmittelbar im Anschluß auf einen Regelverstoß ihr zuwendet, mit ihr diskutiert. Dasselbe erfolgt auch zeitweise durch die Lehrerin. Auch die Mutter setzt selten negative Konsequenzen nach einem Regelverstoß, sie belohnt Ursula oft dadurch, daß sie ihr doch ihre Lieblingsspeise macht. Die Geschwister und auch die Mitschüler sind durch die Regelverstöße belustigt, sie wenden sich teilweise Ursula zu und freuen sich über ihre "Kaspereien".

Zu den motivierenden Ereignissen: Die unübersichtliche Situation zu Hause, die hektische von Zufällen abhängige Erziehungssituation, die Unordnung und mangelnde Strukturierung fördern das auffällige Verhalten von Ursula. Zusätzlich wird ihr kritisches Verhalten durch Modellverhalten, z.B. von seiten des Vaters beim Essen, verstärkt. Der Vater scheint weiterhin zu einem diskriminativen Reiz für Ursula geworden zu sein, der die Rate des Auftretens von Regelverstößen wesentlich steigert. Die Mutter fördert durch ihre verstärkten Hilfestellungen die Unselbständigkeit Ursulas, die sich dann so äußert, daß Regelverstöße vermehrt auftreten, wenn die Mutter nicht anwesend ist oder wenn sie keine oder nur geringe Hilfestellung gibt. Eine fest vorgegebene und vom formalen Ablauf her von Ursula nicht beeinflussbare Aufgabe wirkt sich dann auch so aus, daß sie gehäufte Regelverstöße von Ursula nach sich zieht. Zusätzlich sind die nicht kontingenten Belohnungen und Bestrafungen der Eltern als weitere kritische Variablen für das Auftreten von Regelverstößen anzusehen.

2.3.4 Formulierung der Abhängigkeitshypothesen

Dieser Arbeit liegt - wie schon ausgeführt - ein lerntheoretisches Modell zugrunde. Dabei wird postuliert, daß Abhängigkeiten im kritischen Verhalten hinreichend durch Lerngesetze beschrieben werden können.

Für die Verhaltensabweichungen Ursulas können somit, aufgrund der bisher dargestellten Analyse, folgende Abhängigkeitshypothesen formuliert werden: Ein Teil des kritischen Verhaltens, wie es im vorhergehenden Abschnitt als Regelverstöße dargestellt wurde, ist abhängig vom Verhalten der Umwelt (im Regelmodell: die motivierenden Ereignisse und die Konsequenzen der Umwelt).

Diese Beziehung kann noch enger gefaßt werden, da die Eltern einen entscheidenden Faktor in der Beeinflussung des Umweltverhaltens darstellen: Ein Teil der Regelverstöße von Ursula ist abhängig vom Verhalten der Eltern (im Regelmodell: die motivierenden Ereignisse und die Konsequenzen der Eltern).

Ein weiterer beeinflussender Faktor ist durch das Verhalten der Spielkameraden und insbesondere der Geschwister gegeben. Eine weitere Hypothese lautet also: Ein Teil der Regelverstöße von Ursula ist abhängig vom Verhalten der Geschwister (im Regelmodell: die motivierenden Ereignisse und die Konsequenzen der Geschwister).

3. Therapieziel und Konzeption der Arbeit

3.1 Absprachen mit den Eltern über die Therapieziele

1. Vorstellungen der Eltern: Die Eltern kamen mit der Vorstellung zu uns, daß durch eine Therapie ihres Kindes der Übertritt von der Geistigbehindertenklasse in die Lernbehindertenklasse erreicht werden könne. Die weiteren Therapieziele können von uns so zusammengefaßt werden: Verminderung der Schwierigkeiten beim Essen und im Kontaktverhalten, Verminderung des provozierenden Verhaltens und der mangelnden Einordnung in eine Gemeinschaft.

2. Therapieziele des Therapeuten: Der Therapeut akzeptiert die Ziele der Eltern. Deshalb sind seine Therapieziele ebenfalls ausgerichtet auf den Übertritt in die Lernbehindertenklasse Anfang September 1971. Primäres Therapieziel ist für ihn jedoch nicht eine Änderung im Leistungsverhalten, sondern der Aufbau eines adäquaten Sozialverhaltens, was innerhalb unseres Modells als Regelverhalten bezeichnet werden kann. Bei der Überlegung, wie weit die Eltern in die Therapie mit einbezogen werden sollten, orientierten wir uns an dem vorher formulierten Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und dem Verhalten des Kindes. Dies bedeutet, daß ebenfalls in das Verhalten der Eltern eingegriffen werden muß und sich somit folgende Therapieziele ergeben:

Aufbau eines Regelverhaltens von Ursula (durch motivierende Ereignisse, die zum Regelverhalten führen und durch positive Konsequenzen auf Regelverhalten) und Abbau von Regelverstößen (durch Vermeidung der motivierenden Ereignisse, die zum Regelverstoß führen und durch negative Konsequenzen auf Regelverstöße).

3. Abstimmung mit den Eltern: Wir haben unsere Ziele den Eltern in großen Zügen erläutert. Dies schien uns deshalb nötig, um die Motivation zur Mitarbeit - die bei Ursulas Eltern schon sehr stark war - zu festigen. Die Lösung der Aufgabe, den Eltern behinderter Kinder Hilfe zu geben, ist nach SCHMITZ (1976) nur möglich, wenn es dem Therapeuten gelingt:

"1. die Eltern zu motivieren und

2. zu befähigen, mit ihrem Kind sinnvoll zu arbeiten."

Wir erklärten ihnen, daß zur Änderung des kritischen Verhaltens von Ursula ihre Mitarbeit nötig ist - dies insbesondere auch deshalb, da die Mutter die von uns praktizierten Erziehungstechniken zu Hause fortführen sollte. Die Eltern erklärten sich zur Mitarbeit bereit. Der Vater kündigte an, aus diesem Grund Urlaub zu nehmen, um während der Therapie frei von geschäftlichen Bindungen zu sein. Die Mutter war bereit, Ursula jeden Tag in die Klinik zu bringen und abzuholen, darüber hinaus plante sie einen Ferienaufenthalt (4 Wochen) für die anderen Kinder.

3.2 Therapiekonzeption

3.2.1 Theoretisches Modell

Wir gehen wie bereits dargestellt nach einem lerntheoretischen Modell vor. In diesem Modell wird das Auftreten von kritischen Verhaltensweisen durch einen Lernprozeß erklärt, in dem die Umwelt für diesen Lernprozeß die nötigen Bedingungen gesetzt hat und in dem zum Teil auch eine Verselbständigung dieser kritischen Verhaltensweisen stattgefunden hat. Für die Therapie gilt nun, ebenfalls durch Lernprozesse eine Änderung der Umweltbedingungen durchzusetzen, um die Therapieziele zu erreichen. Wir können uns hierbei auf einige hervorragende Arbeiten stützen, die die Veränderung der natürlichen Umwelt des Patienten zum Ziele hatten und die sich durch gute Methodenkontrolle auszeichnen. Neben ALLEN et al. (1964) sind dies

die Arbeiten von ALLEN & HARRIS (1966), HAWKINS et al. (1966), LAVINGUEUR et al. (1973), NORDQUIST et al. (1973), O'LEARY et al. (1967), PATTERSON et al. (1967), PEINE (1969), WAHLER et al. (1965) und WETZEL et al. (1966).

3.2.2 Überlegungen zur Durchführung

In einem ersten Schritt werden die Lernschritte, die erreicht werden sollen, festgelegt. Dann folgt die Auswahl der dafür geeigneten Therapietechniken und Therapiemedien und ihre Einschätzung bezüglich der Brauchbarkeit zur Erreichung des Therapiezieles. Gleichzeitig wird die Therapieanordnung auf die nötige Ökonomisierung und bezüglich des organisatorischen Aufwands überprüft.

3.2.2.1 Ökonomische und organisatorische Bedingungen

Die Therapie kann in der Sommerpause (vom 15.7. - 26.8.1971) in der Klinik durchgeführt werden, da der normale Schul- und Stationsbetrieb ruht. Es stehen dort zeitweise ein Therapie-raum und ein Aufenthaltsraum für Ursula und ein weiteres Kind zur Verfügung. Ursula kann sich tagsüber von 8.45 - 17.00 Uhr auf der Station aufhalten. Der Zeitpunkt scheint, zwischen Ende und Anfang eines Schuljahres, in Bezug auf das Therapieziel besonders günstig.

Für die Planung und Durchführung der Therapie stehen zur Verfügung: Für die gesamte Zeit ein Therapeut (Medizinstudent), der von einem wissenschaftlichen Assistenten beraten wird, und für ca. 6 Wochen eine Heilpädagogin mit Erfahrung in verhaltenstherapeutischer Kindertherapie. Die Betreuung des Kindes tagsüber kann durch eine Praktikantin erfolgen, für die Datenaufzeichnung werden 2 Beobachter (Medizin- und Psychologie-Studenten) eingesetzt, die Video-Aufzeichnung und die technische Apparatur überwacht eine physikalisch-technische Assistentin. Für die Therapie stehen dem Therapeuten die technischen Einrichtungen der Kinderstation zur Verfügung (so z.B. Video-Geräte, Datenaufzeichnungsgeräte usw.).

Der Vater kann 2 - 3 mal pro Woche an Therapiesitzungen teilnehmen. Dasselbe gilt für die Mutter, die zusätzlich Ursula auf dem Weg von und zur Klinik begleitet. 3 weitere Geschwister können ab 15.8.1971 in die Therapie mit einbezogen werden.

Die Therapie wird von der Krankenkasse bezahlt. Die Eltern müssen nur kleinere Beträge für Fahrtkosten, Spielmaterial zu Hause und evtl. für die Belohnung aufkommen.

3.2.2.2 Therapieplan

Aufgrund der Abhängigkeitshypothesen und aufgrund der ökonomischen und organisatorischen Bedingungen haben wir uns entschieden, ein Elterntaining durchzuführen und im Anschluß daran in der häuslichen Situation einzugreifen. Da die Zeit drängt, soll gleichzeitig eine Spieltherapie mit Ursula durchgeführt werden, um einerseits den Eltern den Einstieg zu erleichtern und andererseits schneller ein besseres Therapieergebnis zu erzielen und damit die Umschulung im September 1971 zu ermöglichen.

Im Elterntaining soll also über einen Lernprozeß die Fähigkeit zu folgendem Erziehverhalten vermittelt werden:

- Vorausplanen einer Erziehungssituation (Strukturierung)
- Belohnen von Regelverhalten
- Ignorieren von Regelverstößen
- Geben einer notwendigen Hilfestellung
- Vermeiden von unnötigen Hilfestellungen.

In der Spieltherapie und im übrigen Tagesablauf soll über einen Lernprozeß die Fähigkeit zu folgendem Kindverhalten vermittelt werden:

- Verhalten gemäß den Spiel- und Verhaltensregeln
- Vermeidung von Regelverstößen

Der Eingriff in die häusliche Situation im Anschluß an diese Therapie soll dazu dienen:

- die Eltern bei der Vorausplanung der Erziehungssituationen zu unterstützen
- die Eltern bei der Anwendung der Erziehungstechniken zu beraten und zeitweise zu trainieren
- das Verhalten der Geschwister über einen Lernprozeß so zu beeinflussen, daß sie ein Regelverhalten von Ursula auch zu Hause unterstützen werden
- das Verhalten Ursulas in der Schule entweder über direkte Intervention der Lehrkraft oder über Interventionsmechanismen der Mutter zu Hause weiterhin so zu beeinflussen, daß ein Fortkommen in der Lernbehindertenklasse gesichert ist.

3.2.2.3 Festlegung der Lernziele

Für das Elternt raining legen wir folgende Reihenfolge der Lernschritte fest:

1. Trainingsabschnitt: Erlernen von "Belohnen von Regelverhalten"
2. Trainingsabschnitt: Erlernen von "Ignorieren von Regelverstößen"
3. Trainingsabschnitt: Erlernen von "Geben einer notwendigen Hilfestellung" und "Vermeidung von unnötigen Hilfestellungen"

Gleichzeitig soll in allen Abschnitten das Erlernen von "Vorausplanen einer Erziehungssituation" durch folgende Anordnung vorbereitet werden. Die Eltern sollen sich zuerst während des Trainings mit vorstrukturierten Erziehungssituationen vertraut machen. In einem 2. Schritt sollen, durch das Eingreifen in die häusliche Situation, die Eltern beim Vorausplanen einer Erziehungssituation zu Hause unterstützt werden, um dies in einem 3. Schritt nach Beendigung der Therapie selbständig durchzuführen. Für die Beendigung des jeweiligen Trainingsabschnittes sind folgende Kriterien ausschlaggebend:

Grundsätzlich sollten eine stabile Verhaltensänderung mit möglichst geringer Fehlerquote (unter 20 %) erreicht werden. Andererseits gilt es auch, der zeitlichen Begrenzung der Therapie Rechnung zu tragen (für das eigentliche Training ohne Vor- und Nachbeobachtung ca. 2 - 3 Wochen), so daß wir eine Mindesttrainingsdauer eines Abschnittes von jeweils 2 Sitzungen erwarten, uns aber nach den jeweiligen Trainingsergebnissen richten werden.

In der Spieltherapie streben wir an, die Lernschritte "Regelverhalten" und "Vermeidung von Regelverstößen" gleichzeitig nebeneinander zu vermitteln. Allerdings werden wir eine gewisse Hierarchie im Schwierigkeitsgrad des Erlernens dadurch erreichen, indem wir - in Bezug auf das Störverhalten - Spiele mit unterschiedlichen Stufen der möglichen Regelverstöße anbieten werden (siehe Abschnitt 3.2.2.5 Therapiemedium). Der schrittweise Aufbau vom stillen Spiel zum Bewegungsspiel soll dazu beitragen, daß Ursula ein adäquates Spielverhalten erlernt und nicht mehr auf ihr gewohntes, störendes Verhaltensrepertoire zurückgreifen muß. Bei deutlichem Absinken der Regelverstöße und bei Stabilisierung des Regelverhaltens werden die Geschwister in die Therapie mit einbezogen und der Versuch unternommen, die Therapie im häuslichen Milieu fortzuführen.

3.2.2.4 Therapietechniken

Die Auswahl der folgenden Therapietechniken basiert auf den positiven Erfahrungen, die zahlreiche Therapeuten bereits damit gewonnen haben. Instruktionen, d.h. einfache Anleitungen, werden in den meisten bekannten lerntheoretisch orientierten Fallstudien eingesetzt. Kurze Erklärungen der Grundprinzipien des Lernens geben hier zusätzlich BOARDMANN (1962), BARRETT (1969), CANTRELL et al. (1969), CONGER (1970), GRAZIANO (1971), LAL & LINDSLEY (1968), MADSON (1965), NOLAN & PENCE (1970), THARP & WETZEL (1969), doch verwenden nur wenige Skripten zur

theoretischen Einführung in die Prinzipien der Verhaltensmodifikation. JOHNSON & BROWN (1969) setzen als Hilfsttechnik hier zusätzlich ein Manual von PATTERSON et al. (1966) ein (s.a. PATTERSON & GUILLON (1968), PATTERSON et al. (1969), SALZINGER et al. (1970) und die deutschsprachige Abwandlung von FLORIN und TUNNER (1970)). Daß verbale Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Prinzipien nicht ausreicht, beschrieben ENGELN et al. (1968). Ein befriedigendes Verständnis konnte erst durch wiederholte Demonstration (Modeling, Modellernen) am unmittelbaren Verhalten erreicht werden. RUSSO (1964) führte zunächst die Behandlung des Kindes vor Augen der Eltern durch. Im Anschluß daran hatten dann die Eltern die Therapie fortzusetzen. Die Wirksamkeit des Modeling beim Elterntaining wird ebenfalls in der Arbeit von JOHNSON & BROWN (1969) untersucht: "Modeling ist eine wirkungsvolle Technik, um schnell erwünschte Verhaltensänderungen bei Eltern herbeizuführen". Bei der Einübung der Prinzipien der Verhaltensmodifikation durch soziale Verstärkung, Hilfestellung und Feed-back (Rückkopplung) mit Hilfe eines Walkie-Talkie-Sprechfunkgerätes stützen wir uns auf den Bericht von WELSH (1966), der eingehend die Vorteile des direkten Feed-back durch Walkie-Talkie diskutiert. Dieses technische Hilfsmittel genügt, so KRAPFL et al. (1968) und STUMPHAUSER (1971) sowohl den praktisch-ökonomischen, wie auch den theoretischen Anforderungen, die durch reine optische oder akustische Signalgebungen nicht erreicht werden können.

In der Spieltherapie setzen wir bekannte Techniken der Verhaltenstherapie ein. Die Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen erfolgt zweifach durch materielle Verstärker und durch soziale Verstärkung. Der Einfluß der sozialen Verstärkung auf das Kindverhalten wurde von zahlreichen Autoren diskutiert (z.B. PATTERSON, RAY & SHAW, 1968), auf die Vorteile der zusätzlichen Anwendung von Münzverstärkersystemen weist WAHLER (1968) hin: "... bei Behandlung von oppositionellem Verhalten

bei Jugendlichen erfolgreicher als soziale Verstärkung allein" (in MÜLLER, 1974). Bei hyperaktivem und aggressivem Verhalten wurden die Münzverstärker ebenfalls mit Erfolg eingesetzt (HALL, LUND, JACKSON, 1968 und ALLEN, HENKE, HARRIS, BAER et al., 1967). Für die Reduktion unerwünschter Verhaltensweisen setzen wir die Techniken des Ignorierens und des sozialen Time-out ein. Dabei verwenden wir das bereits von RISLEY & WOLF (1967) praktizierte Verfahren des "sich Abwendens" bei Auftreten von Störverhalten (Regelverstößen).

Techniken des Elterntrainings

1. Instruktion und theoretische Unterweisung: In gemeinsamen Sitzungen erhalten die Eltern zu Beginn einer Trainingsphase eine theoretische Einführung in die Prinzipien der Verhaltensmodifikation, die in dieser Phase trainiert werden sollen. Die zusätzlichen Instruktionen des Therapeuten beziehen sich auf die Trainingssituation und den Ablauf des Trainings.

2. Modeling (Modellernen): Um den Trainingsvorgang abzukürzen, wird vor jeder Trainingssitzung die Kotherapeutin die Aufgabe mit dem Kind vorführen. Vater und Mutter beobachten dabei den Vorgang durch die Einwegscheibe.

3. Einübung durch soziale Verstärkung, Hilfestellung und Feed-back: Während des Trainings stehen die Eltern über ein tragbares Funksprechgerät (Walkie-Talkie) mit dem Therapeuten in Kontakt. Der Therapeut lobt die Eltern sofort für regelgerechtes Verhalten und gibt ihnen Hilfestellung, ohne daß es Ursula hören kann. Nach Abschluß der Sitzung werden von ihm noch einmal die positiven Aspekte hervorgehoben.

Techniken der Spieltherapie

1. Kontingente materielle Verstärkung: Nach jeder Erfüllung einer Spielaufgabe erhält Ursula einen Münzverstärker (farbige Plastikscheibe) durch den Therapeuten. Diese Münzverstärker können entweder sofort nach der Therapie eingetauscht (z.B.

Cola, Kaffee) oder aber für gemeinsames Kaffeetrinken und gemeinsame Ausflüge gesammelt werden.

2. Soziale Belohnung nach variablem Quotenplan: Während des Spiels wird Ursula für Regelverhalten gelobt. Zusätzlich erfolgt die Einlösung der Münzverstärker durch gemeinsame Aktionen, wie Kaffeetrinken, ins Schwimmbad gehen usw.

3. Soziales "Time-out", Ignorieren: Ein Regelverstoß soll gelöscht werden durch Ignorieren. Bei Weiterbestehen dieses Verhaltens soll das Gesicht des Therapeuten demonstrativ von Ursula abgewendet werden, womit ihr die Möglichkeit weiterer positiver Verstärkung entzogen wird.

4. Instruktion: Die Spiel- und Verhaltensregeln werden kurz erklärt. Sonst werden Instruktionen nur gegeben, wenn sie zur Erfüllung einer Aufgabe notwendig sind.

3.2.2.5 Therapiemedium

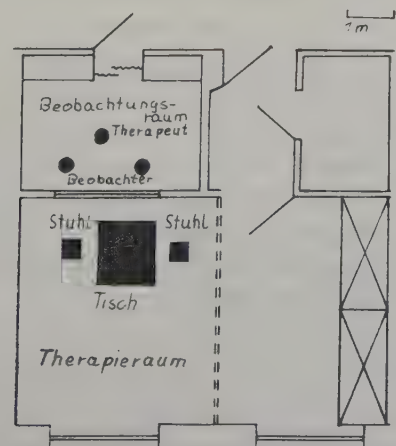
Man hat innerhalb der Verhaltenstherapie schon längst erkannt, daß die Lerngesetze nicht ausreichen, um eine erfolgreiche Therapie zu gewährleisten (LONDON, 1972). Deshalb wird immer stärker die Forderung erhoben, daß sich die Verhaltenstherapie mehr der Entwicklung von Therapietechniken widmen müsse. Die Kritik an der Verhaltenstherapie, die von verschiedenen Seiten geäußert wird, meint nicht selten die Wahl des Therapiemediums. Unter Therapiemedium wird die Gestaltung der Therapiesituation und die Wahl des Materials oder der Aktivitäten verstanden, an denen das Kind bzw. die Eltern lernen. Mit der Wahl des Therapiemediums ist ein entscheidender Schritt in der Therapieplanung getan, der vielleicht ausschlaggebend ist für den Erfolg oder Mißerfolg der Therapie (INNERHOFER, 1974).

Elternt raining

Für die Gestaltung der Therapiesituation erachten wir es als wichtig, einen Rahmen anzubieten, innerhalb dessen für die Eltern tatsächlich Lernprozesse möglich sind. Hierzu zählen wir auch gleichberechtigte Umgangsformen zwischen Therapeuten und Eltern, die Bereitschaft und die Zeit für persönliche Gespräche mit ihnen, die Zusicherung und Einhaltung der absoluten Diskretion, auch gegenüber dem anderen Elternteil und auch die Zusicherung, daß unser Datenmaterial und unsere Video-Aufzeichnungen nur zu wissenschaftlicher Auswertung dienen. Der Therapeut soll die Eltern am Eingang der Station abholen, sie in den Therapieraum begleiten und nach der Therapie zurückführen. Weiterhin müssen wir uns bemühen, organisatorische Pannen zu vermeiden.

Vor jedem Trainingsabschnitt findet eine gemeinsame Instruktionssitzung der Eltern im Zimmer des Therapeuten statt. Zu Beginn jeder Trainingssitzung führt der Therapeut den jeweiligen Elternteil zuerst in die Beobachtungskabine. Ursula befindet sich bereits mit der Kotherapeutin im Therapieraum. Auf ein Zeichen des Therapeuten beginnen beide mit den Aufgaben. Nach 5 Minuten führt der Therapeut die Mutter oder den Vater in den Therapieraum, wo diese dann statt der Kotherapeutin die Aufgaben weiterführen. Nach 15 Minuten wird die Sitzung durch den Therapeuten beendet.

Der Therapieraum soll übersichtlich und reizarm sein. Deshalb befinden sich nur die zum Training notwendigen Gegenstände in diesem Raum, je nach Aktivität mit und ohne Stühle.



Es soll das Spielmaterial verwendet werden, mit dem Ursula gern spielt und dem sie nicht ablehnend gegenüber steht. Hierzu wählen wir folgende Spiele aus: Ausschneiden und Aufkleben von bunten Papiersternen, Rechenspiele mit Addition, Subtraktion, Multiplikation und Division, wobei die jeweiligen Rechenaufgaben auf Kärtchen mit Tier- oder Pflanzenzeichen aufgedruckt sind. Weiterhin verwenden wir verschiedene Lotto-spiele und Würfelspiele, ebenso Wortspiele in Form von Kreuzworträtseln mit vorgedruckten Antworten. Ein Spielzug soll hierzu nicht länger als 1 Minute dauern. Um den Eltern die kontingente materielle Verstärkung zu erleichtern, findet hier ebenfalls das Münzverstärkersystem Anwendung. Für jeweils festgelegte Abschnitte einer Aufgabe erhält Ursula von den Eltern eine bunte Plastikscheibe überreicht. Die Einlösung kann sofort im Anschluß an das Training erfolgen (z.B. Cola, Kaffeetrinken).

Therapieanbahnung

Wir müssen die Spieltherapie und den übrigen Aufenthalt auf der Station so gestalten, daß für Ursula Lernprozesse möglich sind. Hierzu scheinen uns zwei Gesichtspunkte entscheidend:

1. Der Tagesablauf muß für Ursula geordnet und für sie übersichtlich und überschaubar sein. Deshalb ist es nicht sinnvoll, daß sie mit mehr als einem anderen Kind das Spielzimmer teilt, daß sie mit den anderen Kleinkindern der Station häufig zusammen kommt. Ursula soll genau ihren Bereich kennen, in dem sie spielen kann, sich aufhalten kann, sie soll wissen, zu welchen Zeiten die Therapiesitzungen stattfinden und wie lange diese dauern, sie soll wissen, wann der Aufenthalt auf Station beginnt und wann er zu Ende ist. Die Bezugspersonen sollen beständig und von geringer Anzahl sein (Therapeut, Kotherapeut, Praktikantin). Ursula soll also in der Klinik die strukturierte Erziehungssituation vorfinden, die ihr zu Hause fehlt.

2. Die Anforderungen und die Situationsgestaltung sollen ihr entsprechen und nicht etwas speziell einem "behinderten Kind". Ursulas Entwicklungsrückstand wird nicht gesondert berücksichtigt, sie soll von den Erziehern ihrem Lebensalter entsprechend behandelt werden. Dabei kann Ursula verlangen, daß sich die Erzieher ebenfalls den Regeln und gemeinsamen Abmachungen entsprechend verhalten, sie wird aber auch erfahren, daß man von ihr dasselbe erwartet. Im folgenden sei kurz ein Tagesablauf skizziert:

8.30 - 9.00 Uhr Spielzimmer
9.00 - 9.30 Uhr Elternttraining i. Therapieraum od. Spielzimmer
9.30 - 10.00 Uhr Pause / Spielzimmer
10.00 - 10.30 Uhr Spieltherapie im Therapieraum
10.30 - 11.30 Uhr Spielzimmer oder Garten
11.30 - 12.00 Uhr Mittagessen im Aufenthaltsraum
12.00 - 13.00 Uhr Freie Beschäftigung im Spielzimmer
13.00 - 14.00 Uhr Spieltherapie im Therapieraum
14.00 - 14.30 Uhr Pause / Spielzimmer
14.30 - 16.00 Uhr Spielzimmer oder Garten
16.00 - 16.30 Uhr Spielzimmer oder Elternttraining im Therapieraum
(Das Elternttraining wird je nach Zeitplan der Eltern morgens oder abends durchgeführt.)

Gestaltung und Ablauf im Speziellen

1. Spieltherapie: Wir wählen Spiele aus, die sie gern spielt. Zusätzlich gilt dabei folgende Überlegung: Da Ursula sehr häufig verbales und motorisches Störverhalten äußert, werden wir in einem ersten Abschnitt Spiele anbieten, in denen jede Lautäußerung und unkontrollierte Motorik einen Regelverstoß darstellt, - die sogenannten "stillen Spiele" (z.B. stilles Micado - "wir müssen alle ganz leise sein und nicht sprechen, sonst bewegen sich die Stäbchen"). Im zweiten Abschnitt mit "ruhigen Spielen" wird die verbale und motorische Ausdrucksmöglichkeit gelockert (z.B. Tischspiele, wie Tierelotto, Würfelspiele). Im dritten Abschnitt mit Bewegungsspielen (z.B.

Ballwerfen, Kegeln, Plastikbecher umwerfen) ist der Spielverlauf gelockert und Ursula hat vermehrte Bewegungs- und Ausdrucksmöglichkeiten.

Die Spieltherapie findet im Therapieraum statt. Die Innenausstattung gleicht der des Elterntrainings und ist nur gemäß den jeweils verschiedenen Aktivitäten geringfügig verändert. Der Therapeut führt Ursula ins Therapiezimmer und beginnt die Therapiesitzung mit den Worten: "Wir fangen jetzt an". Er erklärt Ursula kurz die Regeln des Spiels und erklärt ihr, wann sie einen Münzverstärker erhält. Während des Spiels wendet der Therapeut die vorher aufgeführten Techniken an. Die Therapie wird nach 30 Minuten von ihm beendet. Ursula entscheidet am Ende der Therapiesitzung, ob sie die Münzverstärker sammeln oder gleich einlösen will.

2. Esssituation: Ursula soll nicht zum Essen gezwungen werden. Lernziel ist ein regelrechtes Verhalten beim gemeinsamen Essen mit einem anderen Kind, der Kotherapeutin und der Praktikantin. Das heißt, sie soll, wenn sie am Essen teilnehmen will, am Tisch sitzen, Speisen zumindest probieren und die anderen nicht stören (= Verhaltensregelverstöße 2, 3 und 4). An Techniken finden hierbei Anwendung: Instruktion, soziale Verstärkung für Regelbefolgen, soziales time out und bei mehrmaliger Wiederholung der Regelverstöße Verlassen des Raumes, wobei sie in ein Zimmer geführt wird, wo sie alleine bleibt.

3. Sonstiger Tagesablauf: In der übrigen Tageszeit soll Ursula die Möglichkeit haben, zu spielen, zu basteln, Rechen- oder Schreibaufgaben zu machen oder sich auszuruhen. Zusätzlich sollen auch Spiele und Situationen ausgetestet werden, die für die verschiedenen Therapien von Bedeutung sind. Für Regelverhalten wird sie dabei sozial verstärkt, Regelverstöße werden mit sozialem time out geahndet. Bei besonderen Anlässen, z.B. Schwimmen im öffentlichen Freibad, Einkaufen im Kaufhaus können zusätzlich materielle Verstärker (Token) angewendet werden.

4. Therapiekontrolle

Für die Kontrolle der Therapie gilt ebenfalls die Forderung nach einer Ökonomisierung dieser Kontrolle. Sie bezieht sich sowohl auf den Aufwand und die Situationen, in denen Beobachtungsdaten erhoben werden, als auch auf die Anzahl der Beobachtungssitzungen.

Für die Abschätzung des Therapieerfolgs wird eine (Baseline) Datenerhebung vor und nach der Therapie gefordert. Um ein feed-back für die Therapie zu haben und damit die therapeutischen Maßnahmen in sinnvoller Weise abstimmen zu können, werden wir auch während der Therapie (Elterntraining und Spieltherapie) eine Datenerhebung durchführen. Zusätzlich führen wir vor und nach der Therapie je 2 Entwicklungstests mit Ursula durch.

4.1 Wahl der Beobachtungsmethode

Beobachtet wird nach dem Schema, das sich aus dem Regelmodell (INNERHOFER, 1974) ergibt. Wir verweisen hier auf die ausführliche Darstellung dieser Methode in der Arbeit von SAAL (1974). Es sieht für das Kindverhalten eine Dimension (Regelbefolgen oder Regelverstoß) und für das Elternverhalten 2 Dimensionen (Motivierende Ereignisse, die zum Regelverstoß oder Regelbefolgen führen und Konsequenzen auf Regelverstoß oder Regelbefolgen) vor. Zusätzlich erfolgt eine freie Datenerhebung, die in Form von Protokollen festgehalten wird.

4.2 Beobachtungssituationen

4.2.1 Kontrollphase A und B

Der Einfluß der sozialen Umwelt auf das Verhalten des Kindes wurde bereits dargelegt. Mehrere Autoren, die über Elterntrainings berichten, fordern in diesem Zusammenhang eine Datenerhebung in der natürlichen Umwelt des Kindes, um die erreichten Verhaltensmodifikationen exakt abschätzen zu können.

Wir nehmen an, daß die Forderung nach Einbeziehung der natürlichen Umwelt sich im wesentlichen auf die Einbeziehung der sozialen Bezugspersonen bezieht. Mit einer Datenerhebung der Interaktionen zwischen Eltern und Kind haben wir unseres Erachtens den wichtigsten Bestandteil der sozialen Umwelt erfaßt.

Nach PATTERSON/HARRIS (1968) ist Erziehungsverhalten (besonders in den ersten Sitzungen) sehr instabil. Trotzdem nimmt PATTERSON aufgrund seiner jahrelangen Erfahrung mit Datensammlung an, daß 3 Beobachtungen ausreichen, um eine stabile Schätzung der Rate von bestimmten Verhaltensweisen zu ermöglichen. Nun ist gerade dieser Teil des Elterntrainings - die Datenerhebung - vor allem für die Erzieher frustrierend und angstausslösend. Sie haben den Eindruck, es geschieht nichts, sie verlieren nur unnütze Zeit für die Beobachtung. Da sie kein feed-back für die Beobachtung bekommen, werden sie unsicher und ängstlich. Deshalb wäre eine Abkürzung dieser Phase des Elterntrainings bzw. ihre Beschränkung auf ein Minimum von großer Bedeutung für die Steigerung der Motivation der Eltern, an einem solchen Training teilzunehmen und dabeizubleiben. Es spricht noch ein weiteres Argument für die Verkürzung der Baselinephase. PATTERSON/HARRIS (1968) haben gezeigt, daß die Einwirkung von bestimmten Situationen, z.B. des Beobachtetwerdens, auf verschiedene Verhaltensweisen unterschiedlich stark wirken. Wir glauben jedoch, daß die verminderte Präsenz von Beobachtern in der Laborsituation (gegenüber der Hausbeobachtung mit 2 Beobachtern, tragbarem Video-Gerät) ein geringeres Ausmaß der Verzerrung der Mutter/Vater-Kind-Interaktion bedeutet. Wenn wir nun in einer ziemlich strukturierten Situation beobachten, in der die Eltern dem Kind Aufgaben stellen, scheint uns die Beobachtung in der natürlichen, materiellen Umwelt zu vernachlässigen zu sein und wir können die Datenerhebung (mit all ihren Vorteilen der geringeren Störbarkeit) in der Klinik durchführen. Wir erwarten weiter, daß in einer stark strukturierten Situation die Interaktionsmuster, - an denen wir besonders interessiert sind und nicht

so sehr an der absoluten Rate des Auftretens einzelner Verhaltensweisen - relativ konstant bleiben. Wir glauben daher, mit je 2 Testsituationen Vater/Mutter und Kind und je einer Testsituation Eltern und Kind vor und nach der Therapie (Kontrollphase A und B) eine ausreichende Schätzung des relevanten Verhaltens erzielen zu können.

Relevant für das Kindverhalten ist die Häufigkeit und die Art des Regelverhaltens bzw. der Regelverstöße.

Relevant für das Elternverhalten ist die Häufigkeit bzw. die Art der Konsequenzen, die auf Regelverstoß oder Regelverhalten folgen und der motivierenden Ereignisse, die dazu führen.

In Abstimmung mit der Analyse des Verhaltens gestalten wir die Testsituation wie folgt: Die Eltern sollen Ursula Aufgaben stellen, deren Ablauf genau vorgegeben sind. Wir wählen hierzu zwei verschiedene Spiele aus, ein Steckspiel, wo kleine bunte Holzzylinder in vorgebohrte Löcher gesteckt werden sollen und ein Kettenspiel, wo verschiedene bunte Perlen auf einen Faden aufgereiht werden sollen. Diese Spiele haben den Vorteil, daß die einzelnen Aufgabenabschnitte von Ursula manuell durchgeführt werden können, daß die einzelnen Abschnitte relativ kurz sind (eine Perle auffädeln bzw. ein Klötzchen stecken) und daß sie eindeutig von den Beobachtern registrierbar sind. Um die Aufgabenstellung für die Eltern einheitlich und klar zu gestalten, verwenden wir vorgedruckte Kärtchen, die den Eltern zu Beginn der Testsituation vorliegen. Die Kärtchen sollen Aufgaben mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden enthalten, um Hinweise auf eine kindgerechte Strukturierung der Erziehungssituation zu erhalten. Zusätzlich zur Möglichkeit der sozialen Verstärkung werden materielle Verstärker angeboten (Gummibärle, Schokolade), um über den Einsatz dieser Konsequenzen ebenfalls Daten zu erhalten. Die räumliche Anordnung im Beobachtungsraum wird dadurch sehr übersichtlich gehalten, daß sich Eltern und Kind an einem Tisch direkt vor der Einwegscheibe, durch die sie beobachtet werden, befinden.

Der Therapeut führt Eltern und Ursula in den Beobachtungsraum (der identisch ist mit dem Raum, in dem später die Therapie stattfinden wird). Spielmaterial, Instruktionskärtchen und Süßigkeiten liegen auf dem Tisch. Die Registrierung beginnt, wenn die erste Instruktion vorgelesen wird und endet nach 30 Minuten mit Abbruch der Testsituation durch den Therapeuten.

Formulierung der Aufgaben auf den Kärtchen

1. Karte: "Sie sollen in den nächsten 30 Minuten Ursula folgende Aufgaben stellen. Wie Sie dabei beginnen und wie Sie dabei vorgehen, bleibt Ihnen überlassen."

Aufgabentyp A (Karte 1-6 zufällig verteilt): "Ihr Kind soll eine Kette aufreihen mit folgendem Muster: ..." (dabei werden Form, Farbe und Reihenfolge genau angegeben.)

Aufgabentyp B (Karte 1-4 zufällig verteilt): "Ihr Kind soll Klötzchen in das Lochbrett stecken mit folgendem Muster: ..." (dabei werden Form und Farbe vorgegeben).

4.2.2 Elterntraining

(Zum Aufbau der Beobachtungssituation siehe unter 3.2.2.5). Beobachtet werden alle Trainingssitzungen der Eltern mit Ursula.

4.2.3 Therapieanbahnung

(Zum Aufbau der Beobachtungssituation der Spieltherapie siehe unter 3.2.2.5). Beobachtet werden alle Therapiesitzungen. Die Beobachtung während des übrigen Tagesablaufs erfolgt frei und wird protokollarisch festgehalten.

4.3 Beobachtungstechnik und Operationalisierung der Begriffe im Regelmodell

Die operationale Definition der globalen Begriffe im Regelmodell für das Kindverhalten und für das Elternverhalten geschieht unter Zuhilfenahme der vorausgegangenen Verhaltensanalyse. Im weiteren Verlauf wird dann, während des Trainings der Beobachter, die Brauchbarkeit dieser einzelnen kritischen Variablen überprüft und vor Beginn der systematischen Beobachtung festgelegt. Wir stellen im folgenden die endgültige Fassung dar.

4.3.1 Kontrollphase A und B

Die einzelnen Testsituationen werden durch eine Kamera hinter der Einwegscheibe gefilmt und auf einem Magnetband gespeichert. Die Auswertung erfolgt dann durch Abspielen des Bandes über ein Video-Gerät nach Beendigung der Therapie. Die Datenerhebung erfolgt mittels eines 12-Kanalschreibers mit je 2 x 6 Drucktasten, die Registrierung erfolgt fortlaufend auf einer Papierrolle, indem bei Auftreten der Reaktion die entsprechende Taste kurzzeitig gedrückt wird, was eine Reaktionszacke auf der Registrierlinie zur Folge hat. Wenn jeder Film zweimal ausgewertet wird, stehen für 2 Beobachter pro Film 5 verschiedene Beobachtungskategorien plus Korrekturtaste zur Verfügung. Beobachtet werden das Kindverhalten und das Elternverhalten.

Das Kindverhalten teilen wir ein in ein Befolgen oder einen Verstoß der Arbeitsregel (= Aufgabe) und in ein Befolgen oder einen Verstoß der Verhaltensregel. Wir halten es in Bezug auf die Abschätzung des Therapieerfolgs für relevant, folgende Verhaltensklassen zu registrieren:

- Befolgen der Arbeitsregel (Taste 1)
- Verstoß gegen die Arbeitsregel (Taste 2)
- Verstoß gegen die Verhaltensregel (Taste 4)

Diese Verhaltensklassen der Testsituation werden wie folgt festgelegt:

Taste 1: Die Taste wird gedrückt, wenn ein Spielzug (z.B. eine richtige Perle auffädeln, ein richtiges Klötzchen stecken) vollständig beendet ist.

Taste 2: Die Taste wird gedrückt, wenn eine falsche Perle oder ein falsches Klötzchen (nach Farbe, Form, Reihenfolge) benutzt wird.

Taste 4: Die Taste wird gedrückt, wenn ein Verstoß gegen die Verhaltensregel 2, 3 und 4 (siehe S. 36 ff) auftritt, z.B. wenn Ursula kreischt, rülpst, schaukelt, stampft, am Arm lutscht, Wortverdrehungen und Schimpfwörter gebraucht. Hält der Regelverstoß länger als 5 sec. an, wird die Taste erneut gedrückt.

Für das Elternverhalten halten wir es für relevant, die positiven¹⁾ Konsequenzen auf das Kindverhalten und die motivierenden Ereignisse, die ihm vorausgehen, zu registrieren. Wir gliedern die Konsequenzen wie folgt auf:

- Positive Konsequenz auf Arbeitsregelbefolgen oder Arbeitsregelverstoß (Taste 3). Wir benötigen nur eine Taste, da die Zuordnung zu Regelbefolgen bzw. Regelverstoß über die zeitliche Abfolge eindeutig festgelegt ist.
- Positive Konsequenz auf Verstoß gegen die Verhaltensregel (Taste 5).

Bei den motivierenden Ereignissen registrieren wir vorläufig nur die einzelnen Reaktionen, eine Zuordnung zum Regelbefolgen oder zum Regelverstoß muß im Zusammenhang mit der Analyse der Registrierdaten erfolgen.

1) Unter positiven Konsequenzen werden im folgenden "verstärkende Ereignisse, die einer Reaktion folgen" verstanden, d.h. Ereignisse, die zu einem vermehrten Auftreten des Verhaltens führen.

Wir stellen hierbei folgende Untergliederung auf:

- E-1: Manuelle Hilfestellungen (Taste 7)
- E-2: Kurze allgemeine verbale Hilfestellung (Taste 8)
- E-3: Spezifische, verbale Hilfestellung (Taste 9)
- E-4: Modeling (Taste 10)
- E-5: Hierarchiebildung (Taste 11)

Die Operationalisierung lautet wie folgt:

Taste 3: Die Taste wird gedrückt, wenn materiell belohnt wird mit Süßigkeiten oder wenn verbales Lob erfolgt in Zusammenhang mit dem Arbeitsvorgang ("gut", "schön", "das hast du gut gemacht" u.a.). Wenn die Reaktion länger als 5 sec. andauert, wird die Taste erneut gedrückt.

Taste 5: Die Taste wird gedrückt, wenn die Eltern Reaktionen zeigen, die sich von einem deutlichen Ignorieren des Regelverstosses abheben (zulächeln, mit Ursula darüber reden, die Hand streicheln, Bonbon geben u.ä.). Wenn die Reaktion länger als 5 sec. andauert, wird die Taste erneut gedrückt.

Taste 7: Die Taste wird gedrückt, wenn die Eltern z.B. Perlen oder Steckfiguren aus der Schachtel vorsortieren und vor Ursula hinlegen.

Taste 8: Die Taste wird gedrückt, bei Wiederholung der Aufgabenstellung (gemäß der Instruktion) oder eines Teils davon.

Taste 9: Die Taste wird gedrückt bei Verbalisierung der Einzelabschnitte der Aufgabe, z.B. "jetzt kommt eine grüne", "nimm die runde ...", "grün", "rot", "blau" u.a.

Taste 10: Die Taste wird gedrückt, wenn ein Teil der Aufgabe von den Eltern vorgemacht wird, z.B. auffädeln eines Abschnittes einer Kette.

Taste 11: Die Taste wird gedrückt, wenn eine neue Aufgabe gemäß dem Kärtchen gestellt wird. Eine Einschätzung der Hierarchie, d.h. des Vorgehens nach unterschiedlichem Schwierigkeitsgrad erfolgt durch Zuordnung zur Reihenfolge, in der die Aufgaben gestellt werden. Die Reihenfolge wird während der Testsituation mitprotokolliert.

Überblick über die Kategorien der Testsituationen
(Kontrollphasen)

1. Beobachtungsdurchgang:

1. Befolgen der Arbeitsregel
2. Verstoß gegen die Arbeitsregel
3. Positive Konsequenz auf 1.+2.
4. Verstoß gegen Verhaltensregel
5. Positive Konsequenz auf 4.
6. Korrektur

2. Beobachtungsdurchgang:

7. Manuelle Hilfestellung
8. Kurze allg. verbale Hilfest.
9. Längere spezif.verb.Hilfest.
10. Modeling
11. Hierarchiebildung
12. Korrektur

4.3.2 Elterntraining

Die Beobachtung erfolgt direkt durch 2 geschulte Beobachter hinter der Einwegscheibe des Therapieraums. Die Datenerhebung erfolgt mittels eines 12-Kanalschreibers (s. Testsituation) mit je 6 Drucktasten pro Beobachter. Die Registrierung erfolgt fortlaufend über 15 Minuten. Registriert wird von den beiden Beobachtern dasselbe Verhalten, so daß insgesamt 5 verschiedene Beobachtungskategorien zur Verfügung stehen. Beobachtet wird das Kindverhalten und das Elternverhalten.

Für das Kindverhalten erachten wir es als relevant, in Bezug auf die Abschätzung über die Veränderungen, die durch das Training bewirkt werden, folgende Verhaltensklassen zu registrieren:

- Befolgen der Arbeitsregel (Taste 1)
- Verstoß gegen die Arbeitsregel (Taste 2)
- Verstoß gegen die Verhaltensregel (Taste 4)

Die Festlegung für die Beobachter lautet wie in der Testsituation (Kontrollphase vor und nach der Therapie S. 71 f), wobei die Beschreibung eines Spielzugs der jeweiligen Trainingssituation angeglichen wird.

Für das Elternverhalten orientieren wir uns an den Prinzipien, die in den 3 Trainingsphasen trainiert werden, wobei für die Registrierung der notwendigen Hilfestellung und der richtigen Hierarchiebildung in Phase 3 eine zusätzliche technische Anordnung geschaffen werden soll, mit der durch einen 3. Beobachter die Veränderungen speziell dieser Phase festgehalten werden sollen.

Wir registrieren folgende Verhaltensklassen:

- Positive Konsequenz auf Arbeitsregelbefolgen oder Arbeitsregelverstoß (Taste 3). Die eindeutige Zuordnung ist hier ebenfalls durch die zeitliche Abfolge festgelegt.
- Positive Konsequenz auf Verhaltensregelverstoß (Taste 5).

Die Festlegung für die Beobachter wird gegenüber der Testsituation in Bezug auf die verschiedene Aufgabenstellung modifiziert. Taste 4 wird außerdem nur dann gedrückt, wenn nach einem Aufgabenabschnitt materielle und soziale Belohnung zusammen erfolgen.

Überblick über die Kategorien des Elterntrainings

1. Befolgen der Arbeitsregel
2. Verstoß gegen die Arbeitsregel
3. Positive Konsequenz auf 1. und 2.
4. Verstoß gegen die Verhaltensregel
5. Positive Konsequenz auf 4.
6. Korrektur

Zusätzlich sollen registriert werden:

7. notwendige Hilfestellung
8. richtige Hierarchiebildung

4.3.3 Spieltherapie

Die Beobachtung erfolgt direkt durch 2 geschulte Beobachter hinter der Einwegscheibe des Therapieraums. Die Registrierung erfolgt auf Vordrucken (siehe Anhang), die in Abschnitte eingeteilt sind. Jeder Abschnitt umfaßt ein Zeitintervall von je 10 sec. Tritt die zu beobachtende Reaktion innerhalb dieses Zeitraums ein, wird ein Zeichen von den Beobachtern in den entsprechenden Abschnitt gesetzt. Hierbei gilt, daß ein mehrmaliges Auftreten derselben Reaktion innerhalb eines Abschnittes nur einmal protokolliert wird. Die Gesamtdauer der Registrierung umfaßt 30 Minuten, die Zeitkontrolle erfolgt für jeden Beobachter durch eine Stoppuhr. Beobachtet wird das Kindverhalten und das Therapeutenverhalten.

Für das Kindverhalten sind für uns die Daten relevant, die Aufschluß über die durch die Spieltherapie erreichten Verhaltensänderungen geben. Wir gehen nach einer anderen Einteilung des Verhaltens vor und unterteilen Regelverstöße von Ursula in kritisches motorisches Verhalten und kritisches verbales Verhalten sowie in einen Verstoß gegen die Regel 4 (S. 44 ff), d.h., wenn sie sich weigert, überhaupt mitzuspielen.

Wir registrieren also folgende Verhaltensklassen:

- Verstoß gegen Regel 4 oder Nicht-Mitspielen (Zeichen X)
- Verstoß gegen Regel 2 und Regel 3 oder speziell motorisches Störverhalten (Zeichen M)
- Verstoß gegen Regel 2 und Regel 3 oder speziell verbales Störverhalten (Zeichen Q)

Die Festlegung für die Beobachter lautet wie folgt:

Zeichen X: Das Zeichen wird gesetzt, wenn Ursula während der Therapie nicht mitspielt, d.h. sich nicht im Spielbereich aufhält und sich in die Ecke setzt oder wenn sie das Spielgerät abweist oder verbale Ablehnung gegen das Spiel äußert.

Zeichen M: Das Zeichen wird gesetzt, wenn motorisches Störverhalten (vgl. Regel 2, Regel 3) auftritt, wie Herumhüpfen, Stampfen, Schaukeln, Klopfen u.a. ...

Zeichen Q: Das Zeichen wird gesetzt, wenn verbales Störverhalten (vgl. Regel 2, Regel 3) auftritt, wie Kreischen, Rülpsen, Wortverdrehungen, Schimpfwörter u.a.

Die Registrierung des Therapeutenverhaltens ist für uns zur Abschätzung der Therapeutenvariable wichtig. Es werden nur die Konsequenzen registriert:

- Positive Konsequenz auf Befolgen der Spielregel
- Ignorieren eines Verhaltensregelverstoßes.

Die Festlegung für die Beobachter lautet wie folgt:

Zeichen +: Das Zeichen wird gesetzt, wenn eine materielle Belohnung (Token) zusammen mit sozialer (verbaler) Belohnung erfolgt.

Zeichen I: Das Zeichen wird gesetzt, wenn ein eindeutiges Ignorieren eines Regelverstoßes auftritt, z.B., wenn der Therapeut sein Gesicht abwendet, seine Hand vor den Kopf hält u.ä.

Überblick über die Kategorien der Spieltherapie

Zeichen X: Nicht Mitspielen

Zeichen M: Motorisches Störverhalten

Zeichen Q: Verbales Störverhalten

Zeichen +: Positive Konsequenz auf Regelbefolgen (Spielregel)

Zeichen I: Negative Konsequenz auf Regelverstoß (Verhaltensregel)

4.3.4 ESsituation und übriger Tagesablauf:

Die Beobachtung wird in Form von Protokollen festgehalten. Über die Situation beim Essen schreibt die Praktikantin einen fortlaufenden Bericht, in dem die Art und Menge der aufgenommenen Speisen sowie Ursulas Regelverstöße beim Essen registriert werden. Das Verhalten Ursulas während der übrigen Zeit wird in der täglichen Mitarbeiterbesprechung diskutiert und ebenfalls durch Protokolle festgehalten.

4.4 Beobachtertraining und Beobachterübereinstimmung

Die Beobachter, je ein Psychologie- und ein Medizinstudent mit Erfahrungen in der Verhaltenstherapie wurden vor Beginn der systematischen Beobachtung in der Beobachtungstechnik geschult. Wir verwendeten hierzu eine Video-Bandaufzeichnung einer Spielsituation zwischen Mutter und Ursula. In einem ersten Schritt wurden die Begriffe aus dem Regelmodell für die Beobachtung operationalisiert und Listen von Verhaltensweisen gleicher Verhaltensklassen zusammengestellt. Gleichzeitig wurden die relevanten Verhaltensklassen für die jeweilige Beobachtungssituation bestimmt und durch wiederholte Überprüfung an der Bandaufzeichnung auf ihre Brauchbarkeit hin ausgetestet. In einem letzten Schritt wurden diese modifizierten Beobachtungskategorien in ca. 10 Kontrollsituationen an der Bandaufzeichnung ausgetestet. In Übereinstimmung mit TUNNER und FLORIN (1969, S. 14) forderten wir eine Übereinstimmung der Beobachtung in den einzelnen Kategorien von über 80 %, berechnet nach der Formel:

Übereinstimmende Beobachtungen

Übereinstimmende Beobachtungen +
Nichtübereinstimmende Beobachtungen

x 100 = Übereinstimmung
in %

(BIJOU et al. 1968, PATTERSON et al. 1970).

Diese Übereinstimmung wurde in den Kategorien 1-5, 10, 11 der Testsituation, in den Kategorien 1-5 der Kategorien der Trainingssituation und in den 5 Kategorien der Spieltherapie erreicht. Unter 80 % sank die Übereinstimmung in den Kategorien 7, 8, 9 der Testsituation (manuelle und verbale Hilfestellung).

5. Durchführung der Therapie

Ursula hielt sich vom 15.7. - 31.8. als Tagespatient auf der Kinderstation des Max-Planck-Institutes auf. Nach einer ersten Kontrollphase vom 15.7. - 23.7. und einer Vorbereitungsphase begann die eigentliche Therapie mit dem Elterntaining am 2.8. Die erste Einzeltherapiesitzung (Spieltherapie) fand 4 Tage später statt und wurde zusammen mit dem Elterntaining am 20.8. beendet. Es schloß sich dann die zweite Kontrollphase vom 23.8. - 27.8. an, die abgelöst wurde von der Phase des "Eingriffs in die häusliche Situation", in der neben einer erweiterten Spieltherapie vor allem Gespräche mit den Eltern, insbesondere der Mutter, im häuslichen Milieu folgten.

5.1 Die Kontrollphasen A und B

Die Testsituation wurde wie beschrieben durchgeführt. Die von uns ausgewählten Aufgaben erwiesen sich zur Abschätzung der Hierarchiebildung der Eltern als ungeeignet. Es konnte nicht eindeutig bestimmt werden, welches Muster für Ursula schwieriger anzufertigen war, da sie zufälligen Farb-Form- oder Reihenfolgekombinationen ablehnend gegenüberstand.

Die Eltern arbeiteten bereitwillig mit, obwohl der Vater in der Kontrollphase B vermehrt über Terminschwierigkeiten klagte. Ursula zeigte sich in der Kontrollphase A insbesondere beim Vater teilweise spielunwillig. Dies führte jedoch nie zum Spielabbruch. Alle geplanten psychologischen Tests konnten mit den Eltern und Ursula durchgeführt werden.

5.2 Das Elterntaining

Die Trainingssitzungen wurden in Phase I und II wie beschrieben durchgeführt, ebenso alle Instruktionssitzungen. Zu Unklarheiten kam es in Phase III, da sich einerseits Definitionsschwierigkeiten ergaben, wann eine Hilfestellung von seiten der Eltern notwendig und wann sie störend sei. Zum anderen wurden die Therapie und auch die Datenregistrierung empfindlich durch

Umbauarbeiten in der Nähe des Therapieraums gestört. Eine zusätzliche Registrieranordnung für die Kategorien 7 und 8 ließ sich nicht verwirklichen.

Im Anschluß an die 2. Instruktionssitzung wurden starke Meinungsverschiedenheiten der Eltern offenkundig. Die Mutter warf dem Vater vor, ihr in der Erziehung nicht zu helfen und bat den Therapeuten, bei dem Problem, ob die Süßigkeiten zu Hause abgesperrt werden sollen oder nicht, als Schiedsrichter zu fungieren.

Insgesamt hatten wir den Eindruck, daß der Vater sich zwar uns gegenüber während der Trainingsprozedur bereitwillig zeigte, seiner Frau zu Hause aber heftige Vorwürfe deswegen machte. Wenn die Eltern zusammen zur Klinik kamen, ging der Vater meist ein Stück voraus, die Mutter mit den Kindern folgte. Zu Hause sprach der Vater wenig (wie schon vorher) über private Dinge mit der Frau. Die Mutter hatte ihm auch in dieser Zeit wichtige Mitteilungen schriftlich vorzulegen.

In der Phase III äußerte der Vater sein größtes "Erfolgs-erlebnis", als er Ursula dazu bewegen konnte, wieder mitzuspielen. Sie hatte sich mit dem Spielmaterial in die Ecke gesetzt und provozierte von dort aus den Vater, als dieser kurze Zeit "time-out" anwandte. Der Vater äußerte sich anschließend sehr überrascht, daß er in dieser schwierigen Situation durch Anwendung dieser Technik Einfluß auf das Verhalten Ursulas hatte.

Ursula spielte insgesamt gesehen bereitwillig mit. Nach der Trainingssitzung tauschte sie meist sofort ihre Münzverstärker für Kaffee- oder Colatrinken ein.

5.3 Die Spieltherapie

Die Spieltherapie wurde, wie geplant, durchgeführt. Ursula zeigte sich zunehmend erfreut über die Therapiesitzungen und spielte immer bereitwilliger mit. Die Münzverstärker, die sie aus der Spieltherapie erhielt, sammelte sie zumeist für gemeinsame Unternehmungen, wie Schwimmbadbesuch, Einkaufsbummel in der Stadt oder Kaffeetrinken.

5.4 Übriger Tagesablauf

Ursula war vorwiegend getrennt von den anderen Kindern der Station. Sie verbrachte die meiste Zeit zusammen mit einem 7-jährigen autistischen Jungen, spielte aber auch häufig allein. Sie bastelte und zeichnete unter Anleitung der Kotherapeutin und der Praktikantin sehr viel und nahm diese Werke auch mit nach Hause.

5.5 Zeitplan und schematische Darstellung der einzelnen Therapiephasen

15./16.7.	KONTROLL- PHASE A	Ursula: HAWIK-Test, KRAMER-Test Eltern: HAWIE-Test
19.-23.7.		Testsituation A: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + beide Eltern Testsituation B: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + beide Eltern
26.-30.7.	VORBEREITUNGS- PHASE	Beobachtertraining; Operationalisierung der Beobachtungs- kategorien; Festlegung des Therapieplanes.
2.8.-6.8.	TRAININGSPHASE I (Elterntraining) SPIELTHERAPIE I	Elterntraining - Phase I: 1 Instruktion Training: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + Mutter Ursula + Vater Spieltherapie: Ursula + Therapeut (Sitzung 1)
9.8.-13.8.	TRAININGSPHASE II (Elterntraining) SPIELTHERAPIE I/II/III	Elterntraining - Phase II: 1 Instruktion Training: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + Mutter Ursula + Vater Spieltherapie: Ursula + Therapeut (Sitzung 2-11)
16.-20.8.	TRAININGSPHASE III (Elterntraining) SPIELTHERAPIE III	Elterntraining - Phase III: 1 Instruktion Training: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + Mutter Ursula + Vater Spieltherapie: Ursula + Therapeut (Sitzung 12-15)
23.-27.8.	KONTROLL- PHASE B	Testsituation A: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + beide Eltern Testsituation B: Ursula + Vater Ursula + Mutter Ursula + beide Eltern Ursula: HAWIE-Test, KRAMER-Test
30./31.8.	NACHBETREUUNG	Spieltherapie: Ursula + 3 Geschwister (3 Sitzungen) Therapeut in der Klinik
ab 1.9.		Spieltherapie: Ursula + Geschwister + Therapeut im häuslichen Milieu Elterngespräche usw.

5.6 Schematische Darstellung der Kontrollphasen A und B

	KONTROLLPHASE A (19.-23.7.)	KONTROLLPHASE B (23.8.-27.8.)
INTELLIGENZTEST	HAWIK- Test KRAMER-Test	HAWIE- Test KRAMER-Test
TESTSITUATION/ MEDIUM	Kettenspiel Ursula + Mutter (30 min.) Kettenspiel Ursula + Vater (30 min.) Kettenspiel Ursula + Eltern (30 min.) Steckspiel Ursula + Mutter (30 min.) Steckspiel Ursula + Vater (30 min.) Steckspiel Ursula + Eltern (30 min.) (geringfügige Umstellung der Aufgaben gegenüber Phase A) Tests im Therapieraum; Spiele am Tisch; zusätzlich Spielgerät, Schokolade/Bonbons.	
LERNZIELE	keine	keine
THERAPEUTEN- VARIABLE, THERAPIE TECHNIK	keine	keine
ANZAHL DER SITZUNGEN	Ursula + Mutter: 2 Ursula + Vater: 2 Ursula + Eltern: 2	Ursula + Mutter: 2 Ursula + Vater: 2 Ursula + Eltern: 2
BEOBACHTUNGS- TECHNIK	Filmaufzeichnung auf Magnetband	
REGISTRIERUNG	Beobachter A und B mit 12-Kanalschreiber nach Beendigung von Kontrollphase B in 2 Beobach- tungsdurchgängen; Video-Wiedergabegerät. Test- situation mit beiden Eltern wurden nicht ausgewertet.	
BEOBACHTUNGS- KATEGORIEN	(In A und B gleich) 1. Befolgen der Arbeitsregel 2. Verstoß gegen Arbeitsregel 3. Positive Konsequenz auf 1 und 2 4. Verstoß gegen Verhaltensregel 5. Positive Konsequenz auf 4 7. Manuelle Hilfestellung 8. Kurze verbale Hilfestellung 9. Spezielle verbale Hilfestellung 10. Modeling 11. Hierarchiebildung 6. und 12. Korrekturtaste	
AUSWERTUNG	Nach der Therapie; Transformation in Kumulativ- kurven; Abschätzen des Therapieerfolges.	

5.7 Schematische Darstellung des Elterntrainings

	Phase I (2.-6.8.)	Phase II (9.-13.8.)	Phase III (16.-20.8.)
THERAPIESITUATION MEDIUM	Ursula + Vater/Mutter im Therapieraum, Therapeut hinter Einwegscheibe, Dauer 15 Min. Papiersterne und Papiertiere ausschneiden und aufkleben Münzverstärker Verschiedene Lotto- und Würfelspiele Münzverstärker Rechenspiele, Wortspiele (Kreuzworträtsel) Münzverstärker		
LERNZIEL FÜR DIE ELTERN	Belohnen von Regelverhalten	Ignorieren von Regelverstößen	Notwendige Hilfestellungen
THERAPEUTEN- VARIABLE THERAPIE- TECHNIK	Instruktionssitzung (jeweils 1) vor Trainingsphase zum jeweiligen Lernziel (beide Eltern) Modeling durch Kotherapeuten vor Training (5 min.) Einüben durch soziale Verstärkung über Talkie-Walkie- feed-back		
ANZAHL DER SITZUNGEN	Vater: 2 Mutter: 2	Vater: 2 Mutter: 2	Vater: 2 Mutter: 2
BEOBACHTUNGS- TECHNIK, REGISTRIERUNG	Jeweils Direktbeobachtung Beobachter A + B mit 12-Kanalschreiber, je 6 Kategorien:		
BEOBACHTUNGS- KATEGORIEN	1. Befolgen der Arbeitsregel 2. Verstoß gegen Arbeitsregel 3. Positive Konsequenz auf 1 und 2 4. Verstoß gegen die Verhaltensregel 5. Positive Konsequenz auf 4 6. Korrektur Kategorien 7 und 8 wurden nicht regi- striert.		
AUSWERTUNG	Sofort, um Rückschlüsse auf Therapieerfolg und Anzahl der notwendigen Trainingssitzungen zu gewinnen.		

5.8 Schematische Darstellung der Spieltherapie

	PHASE I (6.8.-9.8.)	PHASE II (10.-12.8.)	PHASE III (13.-20.8.)
THERAPIESITUATION	Ursula und Therapeut im Therapieraum (30 min.)		
MEDIUM	Ruhige Spiele (Micado ...)	Tischspiele (Tiere-Städte-Lotto)	Bewegungsspiele (Ballspiele...)
LERNZIEL FÜR URSULA	Regelbefolgen der Spiel- und Verhaltensregeln, keine Regelverstöße		
THERAPEUTEN- VARIABLE	Kontingente materielle Verstärkung (Münzverstärker)		
THERAPIE- TECHNIK	Soziale Belohnung nach variablem Quotenplan Ignorieren, Soziales "time-out" Instruktion		
ANZAHL DER SITZUNGEN	3	6	6
BEOBACHTUNGS- TECHNIK	Direktbeobachtung in allen 3 Phasen		
REGISTRIERUNG	Beobachter B + C, Registrierung auf Vordruck mit time-sampling, Zeiteinteilung durch Stoppuhr; 5 Kategorien:		
BEOBACHTUNGS- KATEGORIEN	X = Nicht Mitspielen M = Motorisches Störverhalten Q = Verbales Störverhalten + = Positive Konsequenz auf Regelbefolgen (Spielregel) I = Negative Konsequenz auf Regelverstoß (Verhaltens- regel)		
AUSWERTUNG	Sofort, um Rückschlüsse auf Therapieerfolg zu gewinnen und Anzahl der notwendigen Therapiesitzungen bestimmen zu können.		

6. Therapieergebnisse

Entscheidend für die Einschätzung des Therapieerfolgs in der Klinik sind die Daten, die in den beiden Kontrollphasen vor und nach der Therapie gewonnen wurden. Deshalb werden in einem ersten Schritt die Daten aus den Testsituationen vor und nach der Therapie dargestellt. Hinzugefügt werden hier auch die psychologischen Testergebnisse. In einem zweiten Schritt werden dann die Daten des Elterntrainings, der Spieltherapie und des übrigen Tagesablaufs dargestellt, um einen Überblick über den Verlauf der Therapie zu ermöglichen.

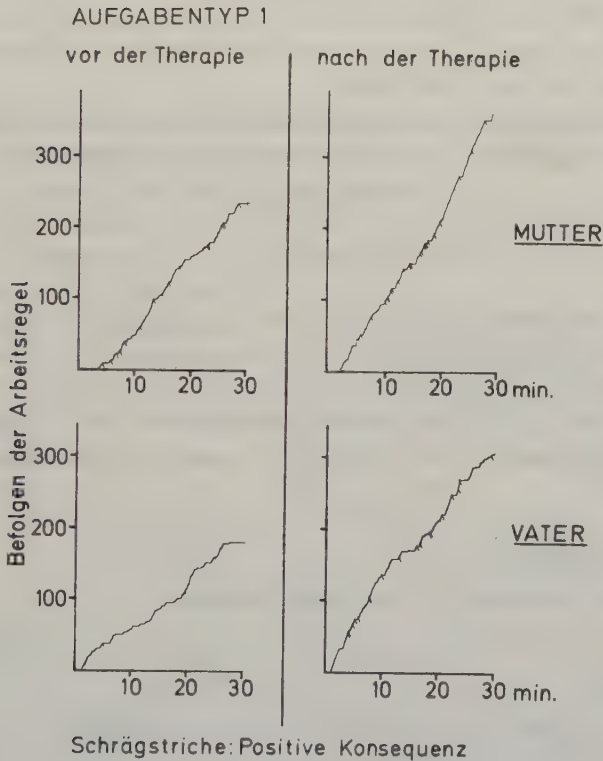
6.1 Vergleich der Kontrollphasen vor und nach der Therapie

Die Daten werden in diesem Abschnitt in Form von Kumulativkurven dargestellt, da wir besonderen Wert auf die Darstellung des zeitlichen Verlaufs und die zeitliche Kontingenz der Variablen legen. Wir erhalten hierdurch einen wesentlich besseren Einblick in den Ablauf und die Dynamik der einzelnen Testsituationen, der durch eine bloße Darstellung von Summenwerten nicht erreicht werden könnte.

Im folgenden orientieren wir uns an den aufgestellten Lernzielen und stellen die Daten in folgenden Zusammenhängen dar:

- Mitarbeit von Ursula und Verstärkung durch die Eltern
- Verhaltensregelverstöße von Ursula und Verstärkung durch die Eltern
- Zeitlicher Ablauf der manuellen Hilfestellungen
- Zusammenhang zwischen diesen Variablen

6.1.1 Befolgen der Arbeitsregel (Mitarbeit) und positive Konsequenzen auf Befolgen der Arbeitsregel (Verstärkung der Eltern)



1. Die Mitarbeit von Ursula konnte im Vergleich zur Phase A vor der Therapie wesentlich gesteigert werden. Dieses Ergebnis wird in den Testsituationen bei beiden Eltern erzielt. Die Rate des Regelbefolgens steigt von 225¹⁾ bzw. 167²⁾ auf 366 bzw. 326.

- 1) Im folgenden beziehen sich die zuerst aufgeführten Ziffern auf Daten der Mutter;
- 2) die an zweiter Stelle genannten auf Daten des Vaters.

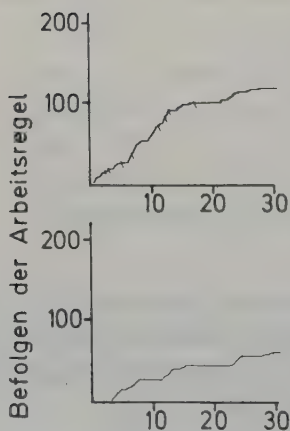
2. Nach der Therapie wenden die Eltern deutlich mehr positive Konsequenzen an für die Mitarbeit Ursulas als vorher. (Steigerung von 18 bzw. 2 auf 27 bzw. 20).

3. Für die Mitarbeit Ursulas lassen sich aus diesen Diagrammen folgende Zusammenhänge formulieren:

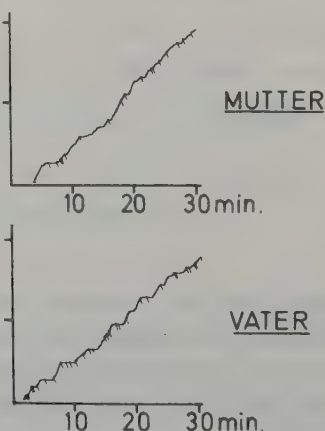
- Ursula arbeitet sowohl vor, als auch nach der Therapie bei der Mutter besser mit als beim Vater.
- Ursula zeigt beim Vater eine sprunghafte Mitarbeit (stufenförmiger Verlauf der Kurve), bei der Mutter ist sie ziemlich kontinuierlich.
- Die Mitarbeit hängt ab von der Rate der Verstärkungen der Eltern, eine geringe Verstärkungsrate hat eine geringe Mitarbeit zur Folge.
- Der Anstieg der Mitarbeit hängt ab vom Ausgangswert. Eine Steigerung der Rate der positiven Konsequenzen um 50 % bzw. um 66 % führt in beiden Fällen zu einer Steigerung der Rate der Mitarbeit um ca. 50 %. Ein höherer Ausgangswert führt also bei geringerer Erhöhung der Verstärkung zu einem höheren Endwert.

AUFGABENTYP 2

vor der Therapie



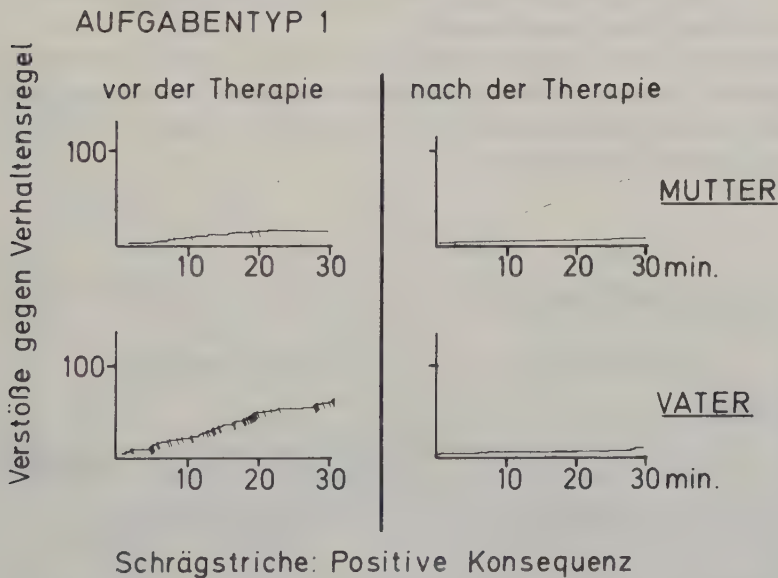
nach der Therapie



Schrägstriche: Positive Konsequenz

Die Ergebnisse des Aufgabentyps 2 unterscheiden sich nur in einem Punkt wesentlich von den Ergebnissen vom Aufgabentyp 1 in der Abhängigkeit der Zuwachsrates der Mitarbeit vom Ausgangswert. Dies ist jedoch in diesem Fall durch die veränderte Aufgabenstellung zu erklären. Beim Aufgabentyp 1 war eine unbegrenzte Steigerung möglich, bei Aufgabentyp 2 war sie begrenzt. Die Aufgaben wurden hier bei beiden Eltern geradezu 100 % erfüllt.

6.1.2 Verhaltensregelverstöße von Ursula (Störverhalten) und positive Konsequenz auf Verstöße gegen die Verhaltensregeln (Verstärkung der Eltern)



1. Das Auftreten von Ursulas Störverhalten konnte deutlich gesenkt werden. Dieses Ergebnis wird in den Testsituationen bei beiden Eltern erzielt. Die Rate der Regelverstöße sinkt von 14 bzw. 63 (!) auf 2 bzw. 9 nach der Therapie.

2. Nach der Therapie verstärken die Eltern Ursulas Regelverstöße nicht mehr. Die Rate sinkt von 5 bzw. 48(!) auf 0 bzw. 0.

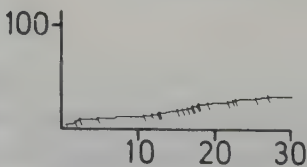
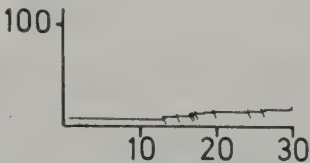
3. Für das Störverhalten Ursulas lassen sich aus diesen Diagrammen folgende Zusammenhänge formulieren:

- Ursula äußert vor der Therapie bei der Mutter ein wesentlich geringeres Störverhalten als beim Vater (diese Tendenz ist nach der Therapie ebenfalls erkennbar).
- Das Störverhalten wächst mit der Rate der Verstärkungen für dieses Verhalten. Eine geringe Verstärkungsrate führt zu einem geringeren Auftreten.
- Der Vater verstärkt Ursulas Störverhalten - im Vergleich zur Mutter - vor der Therapie massiv. Die Verstärkung erfolgt bei ihm zudem mehr in Schüben, zahlreiche Verstärkungen werden durch eine Pause unterbrochen.
- Ursulas Störverhalten ist nach der Therapie nicht vollständig gelöscht. Obwohl keine Verstärkung von seiten der Eltern zu registrieren ist, tritt es noch mit einer geringen Rate von 2 bzw. 9 Regelverstößen auf.

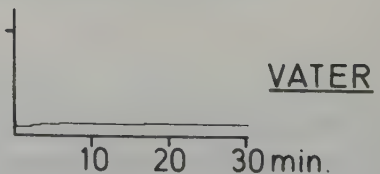
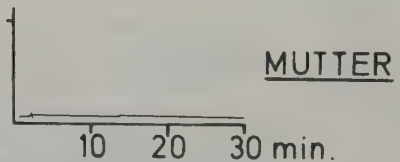
Verstöße gegen Verhaltensregel

AUFGABENTYP 2

vor der Therapie



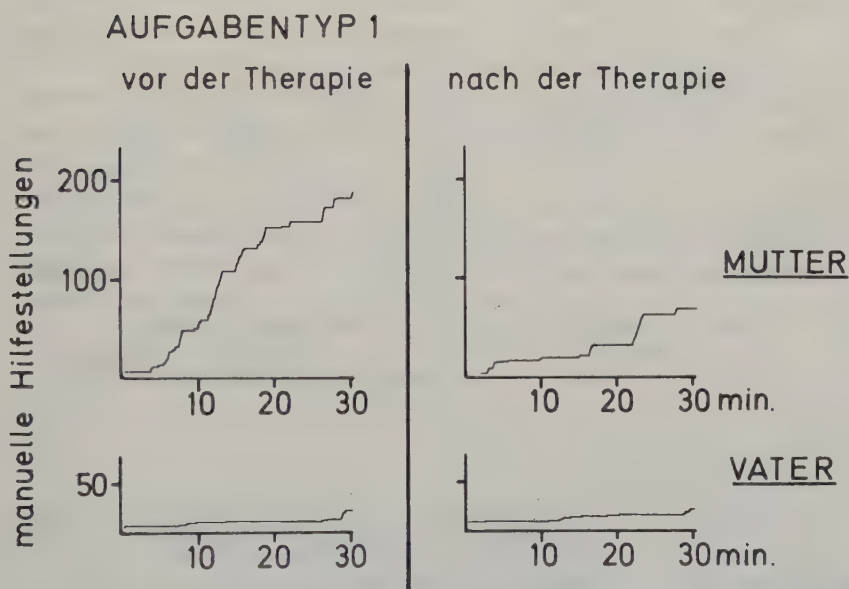
nach der Therapie



Schrägstriche: Positive Konsequenz

Die Ergebnisse vom Aufgabentyp 2 unterscheiden sich nicht wesentlich von denen des Aufgabentyps 1. Im Gegensatz dazu wird nur eine einzige Verstärkung eines Regelverstößes durch die Mutter auch nach der Therapie registriert.

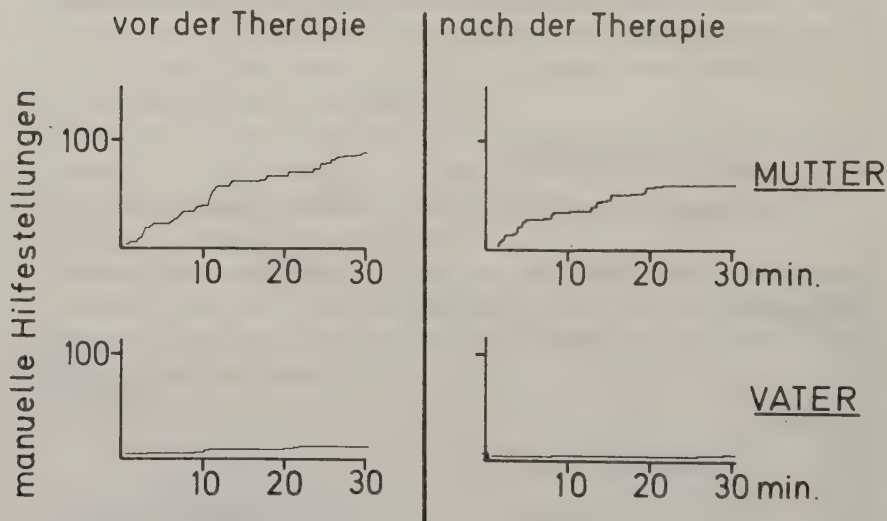
6.1.3 Manuelle Hilfestellungen der Eltern (zeitlicher Ablauf)



Aus diesen Diagrammen läßt sich folgendes aussagen: Die Mutter gibt mehr manuelle Hilfestellungen als der Vater (187 bzw. 17). Diese Tendenz ist auch nach der Therapie festzustellen, allerdings hat sich die Rate als auch die zeitliche Abfolge der Hilfestellungen der Mutter wesentlich geändert. Sie gibt weniger

Hilfestellungen nach der Therapie (69) und die Hilfestellungen selbst erfolgen jetzt abschnittsweise (stufenförmiger Verlauf).

AUFGABENTYP 2



Die Ergebnisse vom Aufgabentyp 2 bestätigen im wesentlichen die Ergebnisse des Aufgabentyps 1.

6.1.4 Zusammenhang zwischen den Variablen (Mitarbeit/Störverhalten/Verstärkung/manuelle Hilfestellung)

Wenn wir die Diagramme in ihrer zeitlichen Zuordnung untersuchen, so lassen sich folgende Zusammenhänge formulieren:

- Je mehr Ursula mitarbeitet, desto weniger Störverhalten zeigt sie. Die beeinflussenden Variablen der Mitarbeit Ursulas sind bei der Mutter eine hohe Rate positiver Konsequenzen und eine

sehr hohe Rate manueller Hilfestellungen (vor der Therapie). Nach der Therapie ist eine entscheidende Änderung festzustellen. Eine Steigerung der Mitarbeit wird erzielt bei einer Steigerung der Rate der Verstärkungen und bei einem gleichzeitigen Absinken der Rate der manuellen Hilfestellungen. Vergleicht man jedoch die Zeitpunkte der manuellen Hilfestellungen mit der Kurve der Mitarbeit, so wird sichtbar, daß die Mutter die Hilfestellungen jeweils zu Beginn oder am Ende eines steilen Anstiegs der Kurve einsetzt, während vor der Therapie die Hilfestellungen ziemlich linear zur Lösung der jeweiligen Aufgabenstellung gegeben wurden. Wir können daraus den Schluß ziehen, daß die Mutter gelernt hat, Hilfestellungen gezielt einzusetzen.

- Der Vater erreicht eine Steigerung der Mitarbeit Ursulas durch eine Steigerung der Verstärkerrate für dieses Verhalten. Eine wesentliche Änderung seiner insgesamt geringen manuellen Hilfestellungen erfolgt nicht.
- Das Verweigern der Mitarbeit Ursulas beim Vater steht in einem zeitlichen Zusammenhang zur Anhäufung der positiven Konsequenzen auf Regelverstöße von seiten des Vaters. In diesen Abschnitten treten auch gehäuft Regelverstöße auf.

6.1.5 Psychologische Testergebnisse

Test		vor	nach
		Therapie	
KRAMER	Lebensalter (LA)	163	154
	Intelligenzalter	85,25	125
	Intelligenzrückstand	77,75	29
IA : LA		0,66	0,81
		(HAWIK)	(HAWIE)
HAWIK	Verbalteil	70	89
bzw.	Handlungsteil	65	93
HAWIE			
Gesamt-IQ		63	90

Die Intelligenz wurde getestet, weil die Vermutung bestand, daß das Intelligenzniveau von Ursula wesentlich höher ist, als ihre schulischen Leistungen nahelegen. Trotzdem kam die testende

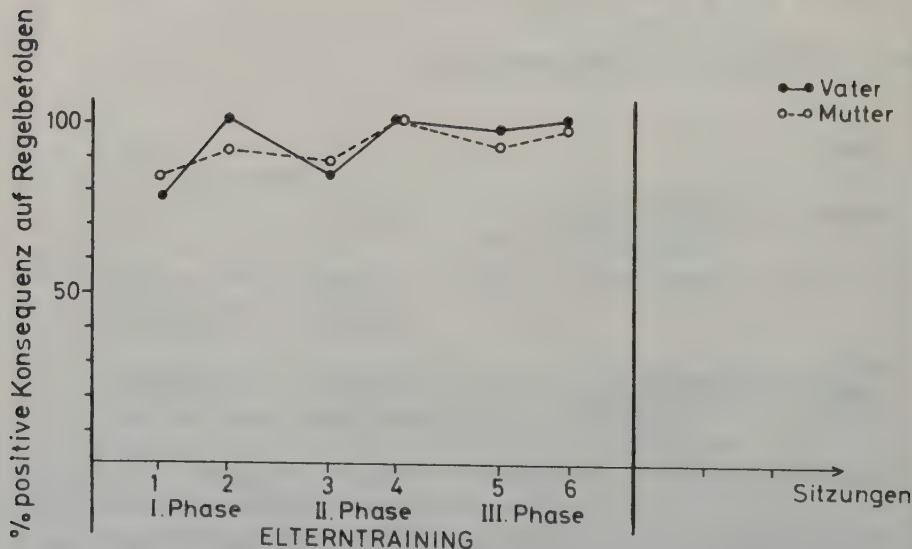
Psychologin nach Durchführung des HAWIK- und des KRAMER-Tests zur abschließenden Beurteilung: "Es handelt sich ohne Zweifel um eine sehr niedrige intellektuelle Begabung".

Das gute Abschneiden von Ursula bei der Nachtestung nach 10 Wochen ist sicher nicht so zu interpretieren, daß durch die Therapie sich die Intelligenzstruktur von Ursula wesentlich verändert hat, sondern daß Faktoren unter Kontrolle gebracht wurden, so daß das Intelligenzniveau besser realisiert werden konnte.

6.2 Elterntraining

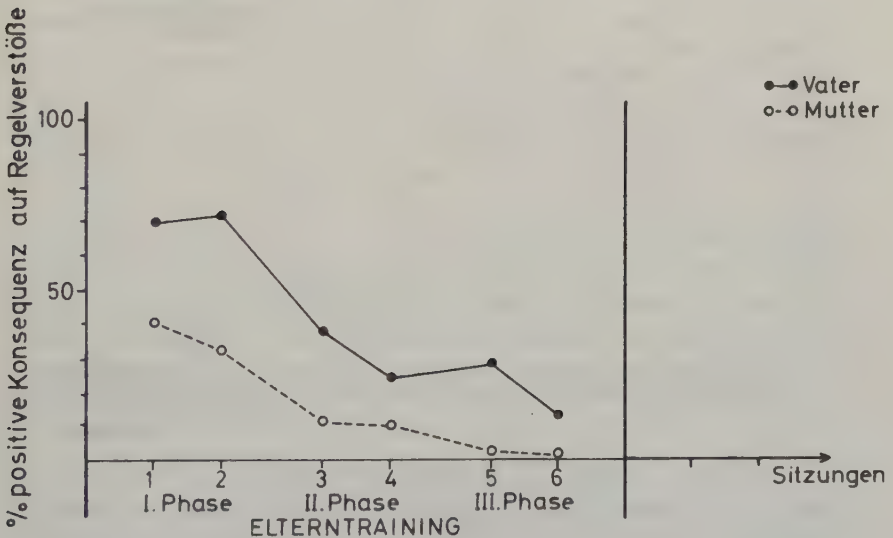
Die Daten werden im folgenden geordnet nach den einzelnen Sitzungen, bezogen auf das zu erreichende Lernziel (100 % bzw. 0 %) dargestellt.

1. Lernziel: Positive Konsequenz (Verstärkung) auf Befolgen der Arbeitsregel (Mitarbeit)



Zu Beginn des Trainings erfolgt eine kontingente Verstärkung der Eltern zu etwa 80 %, in Phase III erreichen sie Werte zwischen 93 % und 100 %. Der zweimalige Abfall der Werte jeweils zu Beginn einer neuen Trainingsphase kann durch die Einführung eines zusätzlichen Trainingsprinzips erklärt werden. Der Unterschied der Daten der Eltern ist geringfügig.

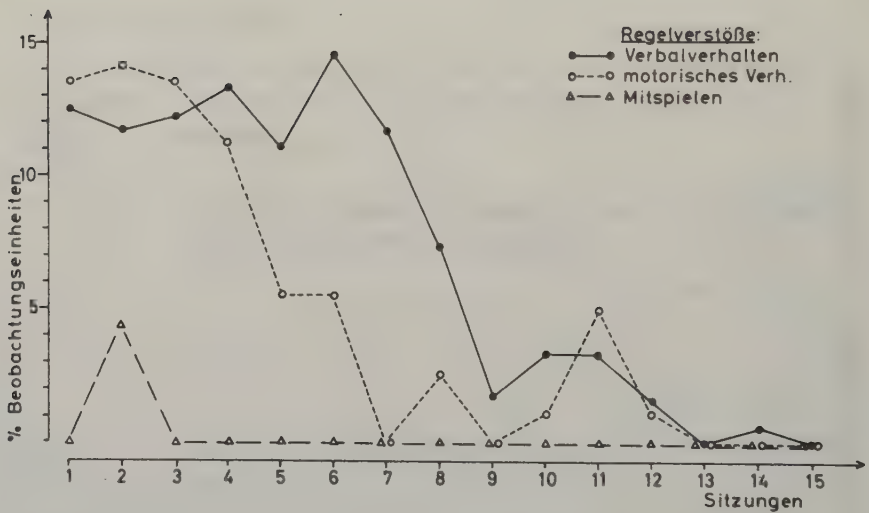
2. Lernziel: Positive Konsequenz (Verstärkung) auf Verstoß
gegen die Verhaltensregeln (Störverhalten)



Ein deutlicher Abfall der Werte fällt mit dem Beginn des Trainings dieses Prinzips in Phase II zusammen. Die Mutter hat hier einen deutlich geringeren Ausgangswert, das Lernziel wird von ihr voll erreicht. Die Kurve des Vaters verläuft höher (dies steht in Übereinstimmung mit den Daten aus den Testsituationen), er erreicht das Lernziel nicht voll und erzielt in Phase III Werte zwischen 15 % und 27 %.

3. Lernziel: Diese wichtigen Prinzipien "notwendige Hilfestellung" und "richtige Hierarchiebildung" konnten aus bereits dargestellten Gründen nicht aufgezeichnet werden.

6.3 Therapieranbahnung / Spieltherapie



Der Kurvenverlauf gibt die Entwicklung in den 3 Phasen der Spieltherapie wieder. Ursula verweigert nur einmal für kurze Zeit das Mitspielen, gegen Ende der Therapie erreicht sie das Therapieziel voll (ab der 12. Sitzung bewegen sich die Regelverstöße im motorischen und verbalen Verhalten zwischen 0 % und 1,2 %). In Phase I (den stillen Spielen) treten verbale

und motorische Regelverstöße etwas gleich häufig auf, hier verweigert Ursula auch in der 2. Sitzung das Mitspielen. Der Anstieg der verbalen Regelverstöße erfolgt zu Beginn von Phase II - der Einführung von Tischspielen, bei denen vermehrt gesprochen wird - während gleichzeitig die motorischen Regelverstöße beständig abnehmen. Ab der 10. Sitzung - der Phase III mit Bewegungsspielen - steigen anfangs die motorischen Regelverstöße an, nähern sich dann aber ab der 12. Sitzung dem Nullpunkt.

6.4 Übriger Tagesablauf / Protokolle

Zusammenfassung der Protokolle:

1. Essenssituation: In den ersten Tagen weigerte sich Ursula, die üblichen Klinikspeisen zu essen. Sie äußerte dabei auch Verhaltensweisen, wie sie auch zu Hause beschrieben wurden. So weigerte sie sich lautstark, sich an den Tisch zu setzen, die Speisen (z.B. Salate, Eier, Suppen) zu probieren und tobte im Zimmer umher. Nach ca. 1 Woche nahmen diese Regelverstöße ab und sie begann, auch bisher abgelehnte Speisen zu probieren (z.B. "scharfe" (gewürzte) Suppen, Salate). Zwiebeln lehnte sie weiterhin ab, doch äußerte sie dabei keine Verhaltensregelverstöße mehr. Zu Ende der Therapie verlief die Essenssituation ohne Besonderheiten.

2. Übriger Tagesablauf: Ursula zeichnete häufig, fertigte Bastelarbeiten an und beschäftigte sich mit kreativen Spielen. Dem Umgang mit formbarem Material, z.B. Ton, stand sie weiterhin ablehnend gegenüber. Gegen Ende der Therapie beteiligte sie sich am Kasperltheaterspielen. Die Regelverstöße bezüglich der Verhaltensregeln waren in den ersten 2 Wochen sehr häufig, insbesondere, wenn sie auf dem Gang oder im Garten anderen Kindern begegnete. Dieses Verhalten änderte sich während der Therapie, Regelverstöße traten im Schwimmbad oder beim Einkaufsbummel nur noch vereinzelt auf. Häufiger wurden sie wieder beobachtet, wenn die Anzahl der Kinder, mit denen sie zusammen war, drei übstieg. Insgesamt wurde beobachtet, daß sie viele

ihrer kritischen Verhaltensweisen auf der Station oder im Beisein des Therapeuten gegen Ende der Therapie nicht mehr zeigte. Sie wurde ruhiger, tobte selten und auch das Abküssen reduzierte sie ziemlich. Eigenheiten, wie Notieren der Anzahl von olivgrünen 2-CV-PKW's, die an ihr während des Einkaufsbummels vorbeifuhren, behielt sie bei. Dem Vater gegenüber äußerte sie sich auch weiterhin, wenn auch reduziert, provozierend.

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

1. Kindverhalten: Therapieziel bei Ursula war, die Voraussetzungen für den Übertritt von der 3. Klasse für Geistigbehinderte in die 5. Klasse für Lernbehinderte zu schaffen. Dies sollte durch den Aufbau eines adäquaten Sozialverhaltens (Regelverhalten) und durch den Abbau der Regelverstöße erreicht werden. Dieses Ziel war mit dem Ende des 6-wöchigen stationären Aufenthaltes erreicht. Die Ergebnisse der Spieltherapie, die Beobachtungsdaten der übrigen Situationen und die Nachtestung ergaben, daß Ursula die Voraussetzungen hierfür erfüllt. Somit war der Beweis erbracht, daß durch gewisse Therapievariablen das kritische Kindverhalten im Sinne des Therapieziels zu modifizieren ist.
2. Elternverhalten: Therapieziel für die Eltern war, ein Erzieherverhalten zu erlernen, das die abhängige Variable "Kindverhalten" im Sinne eines Aufbaus von Regelverhalten und Abbaus der Regelverstöße beeinflussen sollte. Dieses Therapieziel wurde nicht in allen Punkten erreicht. Das Lernziel "(kontingente) Belohnung von Regelverhalten" wurde von den Eltern im Training vollständig erreicht, das Lernziel "Ignorieren eines Regelverstößes" vom Vater nicht ganz erreicht. Die Daten aus den Vor- und Nachbeobachtungen geben ebenfalls einen deutlichen Hinweis auf Veränderungen im Elternverhalten im Sinne des Therapieziels für beide Elternteile für diese beiden Lernziele.

Eine Aussage über Therapieziel "notwendige Hilfestellung und richtige Hierarchiebildung" ist nicht möglich. In diesem Zusammenhang verweisen wir auf die Schwierigkeiten, die das Training dieses Lernziels oder die Datenerhebung auch in späteren, weiterführenden Arbeiten bereitet hat (s.a. SAAL, 1974; MÜLLER, 1974). Das Lernziel "Vorausplanen einer Erziehungssituation" konnte gemäß Therapieplan nicht erfüllt werden, da im Training nur die Voraussetzungen hierfür geschaffen werden sollten.

7. Nachbetreuung

7.1 Ziel der Nachbetreuung

Ziel der Nachbetreuung ist es, den Therapieerfolg auch in der natürlichen Umgebung stabil zu halten, d.h. eine Generalisierung der Verhaltensänderung Ursulas über die Zeit, für verschiedene Situationen und für verschiedene Probleme zu erreichen.

Im einzelnen stellten wir folgende Ziele auf:

1. Die Eltern, insbesondere die Mutter, bei der Vorausplanung der Erziehungssituation zu unterstützen.
2. Die Eltern, insbesondere die Mutter, bei der Anwendung der Erziehungstechniken zu beraten und zeitweise zu trainieren.
3. Das Verhalten der Geschwister, die ja gemäß den Abhängigkeitshypothesen einen weiteren kontrollierenden Faktor für Ursulas Verhalten darstellen, so zu beeinflussen, daß sie ein Regelverhalten von Ursula unterstützen.
4. Ursulas Verhalten in der Schule entweder über direkte Intervention der Lehrkraft oder über Interventionsmechanismen der Mutter weiterhin so zu beeinflussen, daß ein Fortkommen in der Lernbehindertenklasse gesichert ist.

7.2 Techniken der Nachbetreuung

Hierzu planten wir, folgende Techniken anzuwenden:

- Eine Spieltherapie mit den Geschwistern und Ursula, wobei die ersten Stunden in der Klinik unter Leitung des Therapeuten stattfinden sollten. Nach einigen Sitzungen sollte dann die Spieltherapie zuhause stattfinden und in einem weiteren Stadium die Funktion des Therapeuten ausgeblendet werden und die Mutter die Funktion des Therapeuten übernehmen. Fernziel war ein Spiel der Kinder nach gemeinsam aufgestellten Regeln. Der Aufbau des erwünschten Verhaltens der Kinder sollte durch Techniken erfolgen, wie sie bereits in der Einzelspieltherapie beschrieben wurden.

- Hausbesuche, bei denen neben der Spieltherapie auch Instruktionssitzungen mit den Eltern für die Anwendung der Erziehungstechniken in der natürlichen Umgebung stattfinden sollten. Zusätzlich sollten Gespräche auch zur Umstrukturierung der Wohnungssituation, zum Vorausplanen des Tagesablaufs und bezüglich der Schulprobleme stattfinden.
- Telefongespräche zum oben angeführten Themenkreis
- Gespräche mit den Lehrkräften über das Problemverhalten Ursulas, Schulbeobachtungen und evtl. Aufstellen eines Schulprogramms für Ursula.

7.3 Schwierigkeiten der Nachbetreuung

Unser Plan für die Nachbetreuung konnte aus verschiedenen Gründen nicht realisiert werden. Wir wurden durch neu auftretende Probleme bzw. durch zu große Schwierigkeiten, die aufgrund von Fehleinschätzungen unsererseits nicht in diesem Ausmaß erwartet wurden, zu einer Änderung des Vorgehens gezwungen. Im folgenden werden die Probleme stichpunktartig dargestellt:

- Im September 1971 war die Mutter mindestens denselben Belastungen ausgesetzt wie vor der Therapie. Die Geschwister Ursulas kehrten aus dem Urlaub zurück, so daß der Haushalt wieder auf 7 und mehr Personen anwuchs. Die Mutter mußte auch verstärkt im Büro mitarbeiten, da auch noch zusätzlich die Sekretärin wegen Schwangerschaft beurlaubt wurde. Zusätzlich zur Hausarbeit und zur Büroarbeit wurde sie auch noch mit den Schulproblemen aller Kinder belastet.
- Der Vater arbeitete verstärkt auch am Wochenende in seinem Büro und war häufiger auf Geschäftsreisen (mindestens 3 Tage/Woche). Er mußte zusätzlich einen neuen Mitarbeiter einarbeiten. Für gemeinsame Unternehmungen mit seiner Familie, wie sie auch zum Einlösen der Münzverstärker geplant waren, und für Besprechungen und Instruktionssitzungen fand er keine Zeit.

- Der Kontakt der Eltern untereinander war ähnlich dem Kontakt vor der Therapie. Die Mutter hinterließ dem Vater schriftlich Mitteilungen über die Probleme bei der Erziehung der Kinder. Er unterhielt sich mit ihr nur über Büroangelegenheiten. Die Erziehung lastete ganz auf der Mutter.
- Die Übertragung der Spieltherapie auf die häusliche Situation war in der engen, vollgestellten Wohnung sehr schwierig. Die vielen Schachteln auf dem Gang und im Kinderzimmer reizten die Kinder geradezu, sich darin zu verstecken oder sich um einen daruntergerollten Ball zu balgen. Wenn ein Kind bei einem Spieldurchgang keinen Münzverstärker erhielt, verschwand es in der Warenkammer und kam mit einer Handvoll Süßigkeiten wieder. Mißerfolg beim Spiel führte ebenfalls dazu, daß einzelne das Spiel verließen und sich ihrem Lieblingsspielzeug zuwandten. Die Mutter steigerte nach kurzer Zeit ihre Hilfestellungen sehr stark, um diese Probleme zu überwinden, Streit zwischen den Kindern zu schlichten und ein gemeinsames Spiel zustande zu bringen. Da auch Thomas Mitte Oktober ein weiteres Mitspielen ablehnte, wurde die Spieltherapie in dieser Form abgebrochen.
- Die Kinder hatten keine "Privatsphäre", auch keinen Schrank, in dem sie z.B. ihre Münzverstärker unterbringen konnten. Einigemale wurden sie so um den "Erfolg" gebracht, da ihre Münzen nach dem Spiel von einem anderen (Thomas oder Ursula) entwendet wurden.
- Die Einlösung der Münzen erfolgte aufgrund der Überlastung der Mutter und der Abwesenheit des Vaters verzögert oder blieb teilweise aus.
- Der Kontakt Therapeut-Schule war nur sehr schwer herzustellen. Erst als die Lehrerin die Leistungslücken Ursulas monierte und die Schwierigkeiten im Verhalten zunahmen, war ein Gespräch mit der Lehrerin möglich, eine Schulbeobachtung (1 Stunde) erst nach weiteren Wochen und erst nach verstärkter Intervention über die Schulbehörde. Die daraufhin erstellten Ver-

haltenskarten (siehe Anhang) wurden von der Lehrerin nur kurzzeitig ausgefüllt.

- Zu den Schwierigkeiten Ursulas in der Schule und beim Hausaufgabenmachen kamen die Schwierigkeiten der anderen Kinder in der Schule hinzu. Besonders Thomas hatte deutliche Leistungsschwächen, die ebenfalls einer Unterstützung durch die Mutter bedurften.
- Zur selben Zeit, als die Schulprobleme anwuchsen, steigerte sich auch die Aggressivität des Bruders Thomas. Er schlug kleinere Kinder, baute kunstvolle Blasrohre mit Nadelgeschossen, die er haarscharf an den Geschwistern vorbei durch die Wohnung blies und auch einen Schulkameraden damit verletzte. Im selben Zeitraum zerstörte er seine Holzschnitzereien und Bastelarbeiten.

7.4 Darstellung der Nachbetreuung

Der Aufwand und die Techniken des Therapeuten für die Nachbetreuung werden für den Zeitraum der ersten 4 Monate nach dem stationären Aufenthalt im folgenden kurz dargestellt.

September und Oktober 1971:

- 3 Spieltherapiesitzungen in der Klinik (Ursula, 3 Geschwister und Therapeut)
- 17 Hausbesuche mit
 - 3 Instruktionssitzungen (mit der Mutter)
- 11 Spieltherapiesitzungen zuhause (davon 7 Sitzungen mit allen 4 Kindern)
- 11 Gesprächssitzungen im Anschluß an die Spieltherapie (mit der Mutter)
 - 1 gemeinsame Gesprächssitzung mit Vater und Mutter nach dem Abbruch der Spieltherapie
- 19 Telefongespräche mit der Mutter und Ursula (Termine, organisatorische Probleme, akute Schwierigkeiten)
- 3 gemeinsame Spaziergänge/Einkaufsbummel/Rummelplatzbesuch mit Mutter und Kindern
- 3 Geburtstagsfeiern der Kinder zuhause.

Kontakte zur Schule

- 1 Schulbeobachtung
- 2 Gespräche mit der Lehrerin
- 3 Telefongespräche mit Lehrerin/Rektor/Schulamt

November und Dezember 1971:

Durchschnittlich 1 Hausbesuch (ohne Spieltherapie) und 1 Telefongespräch mit der Mutter pro Woche.

Zusätzlich wurden, um der Mutter die Erziehungsaufgabe zu erleichtern, Punktekarten (siehe Anhang) für das Verhalten der Kinder eingesetzt. Sie sollten auch dazu dienen, daß die Mutter einen Überblick über das Verhalten ihrer Kinder erhält, daß sie lernt, auch die positiven Seiten im Verhalten der Kinder zu sehen und nicht nur das auffällige, störende Verhalten in den Problemsituationen des Tages zu registrieren.

Als Problemsituation wurden beurteilt:

- "Morgen": d.h. selbständiges Anziehen, Frühstück, Schulranzenpacken, rechtzeitiges Verlassen der Wohnung.
- "Hausaufgaben": d.h. selbständiges Arbeiten innerhalb einer angemessenen Frist, qualitative Ausführung.
- "Sonstiges": d.h. positives Verhalten im übrigen Tagesablauf, Basteln, Spielen, Mithilfe bei der Hausarbeit.
- "Abend": selbständiges und rechtzeitiges Zubettgehen.

Für Ursula wurden zusätzlich Punktekarten bezüglich ihres Verhaltens in der Schule und auf dem Nachhauseweg eingesetzt. Diese wurden für einen kurzen Zeitraum von der Lehrerin und von der Mutter ausgefüllt.

7.5 Ergebnisse der Nachbetreuung

Die Ergebnisse der Nachbetreuung wurden den Protokollen des Therapeuten und den Aufzeichnungen der Mutter und der Lehrerin entnommen. Eine Follow-up-Untersuchung in der Klinik mit vergleichbaren Testsituationen für Vater und Mutter erfolgte 6 Wochen nach Abschluß der stationären Therapie. Die Auswertung dieser Filmaufnahmen konnte jedoch aus organisatorischen Gründen nicht erfolgen.

1. Die Unterstützung der Mutter bei der Vorausplanung einer Erziehungssituation hatte Erfolg. Die Gespräche des Therapeuten stellten für die Mutter eine Unterstützung und Entlastung dar. Sie äußerte selbst aufgrund der Überbelastung "einfach alles hinzuwerfen, die Augen zuzumachen". Sie war erleichtert, "endlich einmal mit jemandem über die Schwierigkeiten und Probleme innerhalb der Familie sprechen zu können". Sie fühlte sich durch die Möglichkeit, Erziehungsprobleme mit dem Therapeuten durchzusprechen, besser dazu in der Lage, Umstrukturierungen innerhalb der Wohnung und Änderungen im bisherigen Tagesablauf durchzusetzen. So wurde Mitte September die Warenkammer mit einem Schloß versehen, zu dem nur noch sie den Schlüssel hatte. Ende Oktober setzte sie durch, daß die Warenproben aus dem Kinderzimmer und auf dem Gang entfernt wurden. Jedes der 3 Mädchen richtete sich seine Zimmerecke persönlich mit Zeichnungen, Bastelarbeiten und Posters ein. Ursula erhielt zusätzlich einen kleinen Tisch mit einer Schreibmaschine. Die Mutter bot den Kindern - angeregt durch den Besuch von Spielwarenläden und durch Sachbücher - Spiele an, die abwechslungsreicher und kreativer waren. Sie bastelten gemeinsam, auch mit Knetmaterial, Puppen für ein Kasperltheater und spielten damit selbsterdachte Szenen. Durch die Einführung der Punktekarten für Problemsituationen des Tages erhielt die Mutter anfangs einen besseren Überblick über das Verhalten der Kinder. Durch das feed-back des Therapeuten wurde sie

für das richtige Erkennen der positiven und kritischen Verhaltensweisen verstärkt. Sie stellte mögliche Problemsituationen zur Diskussion und erläuterte, wie sie sich verhalten würde. Die größte Umstrukturierung innerhalb der Wohnung fand gegen Ende Dezember statt. Die älteste Tochter bezog eine eigene Wohnung, in den freiwerdenden größeren Raum zogen die 3 Mädchen um, Thomas in das Kinderzimmer. Die Mutter sollte nicht mehr mitarbeiten, da die Tochter die Stelle der Sekretärin annehmen wird. Sie würde so mehr Zeit für die Erziehung der Kinder zur Verfügung haben.

2. Die Beratung und das Training in der Anwendung von Erziehungstechniken war nur zum Teil erfolgreich. Ein Training in der Handhabung der Erziehungstechniken fand nur in Ansätzen mit der Mutter während der Spieltherapie statt. Die Beratung bezog sich nur zu einem geringen Teil auf direkt beobachtete Situationen, z.B. die Spieltherapie. Hier wurde die Mutter auf die Steigerung ihrer Hilfestellungen hingewiesen, doch hatte dies nur einen geringen Einfluß auf die Rate des Auftretens dieses Verhaltens. Das Setzen von positiven Konsequenzen nach Regelverhalten und das Ignorieren von Regelverstößen, z.B. während der Essenssituation, konnte nur punktuell und unsicher vom Therapeuten eingeschätzt werden. So beschränkte sich die Beratung hier auf Unterschiede in der Einschätzung des notwendigen Verhaltens zwischen den Eltern oder auf Unsicherheiten im Verhalten der Mutter. Einen anderen Bestandteil der Beratung stellte das motivierende Eingreifen des Therapeuten für die Anwendung der Punktekarten und der Münzverstärker dar. Die Mutter tendierte dazu, das Ausfüllen der Karten zu vergessen, Münzverstärker erst am Tag danach auszuhändigen oder die Einlösung - diese hing meist auch von der Mitarbeit des Vaters ab - nicht einzuhalten. Deshalb wurden zuerst die Geschwister von einer Beurteilung durch Punktekarten ausgenommen. Die Beurteilung für Ursula wurde nach mehrmaligen Versuchen, die Mutter zu einer konsequenten Mitarbeit zu bewegen, Anfang 1972 eingestellt.

3. Die Beeinflussung des Verhaltens der Geschwister im Sinne einer Unterstützung des Regelverhaltens von Ursula gelang größtenteils nicht. Zwar verhielten sich die Kinder während der Spieltherapie in der Klinik gemäß den Spielregeln, mit einer geringen Rate von Regelverstößen, ohne Verstärkung der Regelverstöße von Ursula. Zuhause war dies nicht der Fall. Die Rate der Regelverstöße stieg stark an, sie brachen zum Teil bei nicht erfolgreichen Spielzügen das Spiel ab oder wandten sich, abgelenkt durch zahlreiche Störfaktoren der Wohnsituation, anderen Beschäftigungen zu. In dieser Spielsituation wurde deutlich, daß jedes der Kinder enorme Schwierigkeiten hatte, sich auf das Spiel zu konzentrieren, Regeln zu erkennen, sie zu akzeptieren und sich ohne Hilfestellung der Mutter gemäß den Spielregeln zu verhalten. Am deutlichsten wurde dies, als die einzelnen Kinder die Rolle des Spielleiters übernehmen sollten. Die Spiele endeten unter Tränen im Durcheinander. Die Beeinflussung des Verhaltens der Kinder durch Punktekarten schien sich jedoch positiv auf das Verhalten von Ursula auszuwirken. In den von der Mutter registrierten Problemsituationen ging das Problemverhalten von Ursula und ihrer beiden Schwestern zurück, in den ersten Wochen auch das von Thomas. Gegen Ende der Nachbetreuung stieg jedoch die Rate der aggressiven Verhaltensweisen von Thomas deutlich an. Die Beurteilung durch die Mutter wurde jedoch, wie schon erwähnt, im weiteren Verlauf so unkontrollierbar, daß von einer Registrierung abgesehen wurde. Es war auch mangels Gegenkontrolle durch den Therapeuten nicht die Gewähr gegeben, daß die von der Mutter registrierten Daten dem tatsächlichen Verhalten der Kinder entsprachen.
4. Eine Aussage, inwieweit die Punktekarten für das Verhalten in der Schule und auf dem Nachhauseweg Ursulas Verhalten eindeutig modifizierten, kann wegen der mangelnden Überprüfbarkeit der kontrollierenden Variablen nicht gemacht werden. In den ersten 4 Wochen schienen jedoch die kritischen Verhaltensweisen von Ursula, nach einem anfänglichen Anstieg nach Schulbeginn, zurückzugehen (die Mutter vermutete dies

aufgrund des Rückgangs der Klagen der Lehrerin und der Verbesserung der Hausaufgabensituation zu Hause). Anfang 1976 mehrten sich jedoch die Klagen erneut. Ursula konnte aber - trotz großer Wissenslücken - in der Lernbehinderten-schule verbleiben und in die nächst höhere Klasse aufrücken.

5. Stabilisierung des Kindverhaltens: Ursulas Verhaltensänderungen generalisierten nur zu einem Teil auf die häusliche Situation. Insbesondere beim Essen, im Kontaktverhalten und im Einfügen in eine Gruppe waren in Bezug auf die Situation vor der Therapie Fortschritte zu erkennen. Im Aufgeben von provozierendem Verhalten, besonders im Beisein des Vaters, war der Erfolg gering.
6. Stabilisierung des Elternverhaltens: Das Elternverhalten generalisierte nur zum Teil auf die häusliche Situation. Besonders der Vater wandte die erlernten Techniken nur selten an (z.B. in der Essenssituation). Im übrigen zog er sich wieder ganz von der Erziehung zurück. Die Mutter wandte die Konsequenzen "Verstärkung eines Regelverhaltens" und "Ignorieren eines Regelverstosses" deutlich häufiger als vor der Therapie zu Hause an, doch in Bezug auf "notwendige Hilfestellungen" war ein deutlicher Anstieg der Hilfestellungen zu verzeichnen. Sie versucht sehr bald, durch vermehrte Hilfestellungen Konfliktsituationen zu vermeiden. Nach ca. 4 Wochen kochte sie z.B. wieder die Speisen, die Ursula gerne aß und vermied es, andere zuzubereiten. Bezüglich der Strukturierung einer Erziehungssituation und der phantasievollen Erziehung waren jedoch - wie schon erwähnt - deutliche Fortschritte erkennbar.

8. Diskussion

Die kritische Betrachtung der Therapie hat folgende Punkte besonders zu beachten:

- Ist die Therapie in der Klinik in der dargestellten Form geeignet, innerhalb kurzer Zeit eine Verhaltensmodifikation im Sinne des Therapieziels zu erreichen?
- Bewährt sich diese Therapie in Bezug auf die Aufrechterhaltung und Weiterführung der Verhaltensänderung in der gewohnten Umgebung?
- Bei welchen Verhaltensstörungen ist diese Therapie anwendbar, wo stößt sie an ihre Grenzen und welche wichtigen Probleme werden durch sie nicht erfaßt?

Durch die Anordnung der 6-wöchigen Therapie in der dargestellten Form wurde das Kind- und Elternverhalten in erwünschter Weise beeinflußt und das Therapieziel "Umschulung" bei Ursula erreicht.

Eine genaue Effizienzbeurteilung der wichtigsten kontrollierenden Variablen - des Elterntrainings, der Spieltherapie und des stationären Aufenthaltes (mit seinen Situations- und Erziehervariablen) - kann nicht erfolgen. Die Ordnung im Tagesablauf, die Strukturierung der Therapiesituation und die Übersichtlichkeit und klare Festsetzung der Erwartung bezüglich des Kind- und Erzieherverhaltens durch Regeln erwiesen sich für einen Patienten wie Ursula als sehr wirksam.

Zum Elterntraining stellen wir fest, daß die hier dargestellte Form ein geeignetes Mittel darstellt, um die unabhängige Variable "Elternverhalten" mit Hilfe der Trainingstechniken zu beeinflussen, daß mit fortschreitendem Lernen allmählich - im lerntheoretischen Sinne - adäquate Maßnahmen der Eltern (Setzen von "richtigen" Konsequenzen) die abhängige Variable "Kindverhalten" veränderten. Der Sektor des "richtigen" Setzens von motivierenden Ereignissen, der in den bisher beschriebenen Arbeiten über Elterntraining nicht erfaßt wurde, konnte durch

das hier dargestellte Elternttraining nur unzureichend behandelt werden. Auf die Schwächen in diesem Teil des Trainings sollte bei zukünftigen Therapien besonders geachtet werden.

Die Beurteilung der Effizienz der Einbeziehung des Vaters in das Elternttraining ist ebenfalls nicht darzulegen. Auf der einen Seite erscheint es notwendig, den Vater als eine wichtige, kontrollierende Variable des Kindverhaltens in die Therapie mit einzubeziehen. Auch das Argument der Toleranz und der Unterstützung der erlernten Erziehungspraktiken der Mutter bei der Anwendung im häuslichen Milieu erscheint gewichtig. Demgegenüber steht jedoch die Fähigkeit des Vaters im vorliegenden Falle, in der Therapiesituation besonders gut zu diskriminieren (die Ergebnisse des Vaters in der Kontrollphase B sind in der Tendenz besser als die der Mutter), diese Erziehungstechniken zuhause nur im geringen Maße anzuwenden und sich wieder fast vollständig von der Erziehung der Kinder zurückzuziehen.

Die Spieltherapie in der dargestellten Form war geeignet, die abhängige Variable "Kindverhalten" in kurzer Zeit so zu beeinflussen, daß eine fast vollständige Reduktion der unerwünschten Verhaltensweisen und ein Aufbau der erwünschten Verhaltensweisen erfolgte. Diese Entlastung der Eltern hatte Einfluß auf die Mitarbeit der Eltern im Elternttraining, da ihnen hierdurch die "Machbarkeit" der Verhaltensänderungen bei ihrem Kinde demonstriert wurde.

Die Spieltherapie in Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt stellte wohl den entscheidenden Faktor für die Beeinflussung des Kindverhaltens zur Erreichung des Therapieziels und somit auch für die Umschulung nach 6-wöchiger Therapie dar. Kritisch anzumerken ist jedoch, daß Ursula auch in diesen Situationen zwischen Therapeut und Eltern zu diskriminieren lernte und das neu erlernte Verhalten nur in unzureichender Weise vom Elternverhalten im Sinne des Therapieziels kontrolliert wurde. Die Beobachtungsdaten der Nachbeobachtung geben uns hierfür deutliche Hinweise.

Für einen Teil des Kindverhaltens konnte eine Generalisierung erreicht werden - was sich auch durch die erfolgreiche Umschulung von der Geistigbehindertenklasse in die Lernbehindertenklasse dokumentieren läßt.

Die Ordnung im Tagesablauf, die Strukturierung der Therapie-situation und die Übersichtlichkeit und klare Festsetzung der Erwartung bezüglich des Kind- und Erziehverhaltens durch Regeln erwiesen sich gerade für einen Patienten wie Ursula als sehr wirksam. Wir sind der Meinung, daß diese Therapieform bei einem hirngeschädigten Kind, dem zuhause Strukturierung und Übersichtlichkeit der Erziehungssituation fehlen, besonders günstige Auswirkungen zeigen wird. Die Bestätigung bleibt künftigen Arbeiten überlassen. Die Grenzen unseres therapeutischen Vorgehens sind somit sichtbar:

- Ein Elterntaining in dieser Form ist ungeeignet, Partnerprobleme mitzubehandeln. Daß in diesem Fall die Partnerprobleme einen wichtigen Einfluß auf das Kindverhalten haben, wird von Ursula - auf die Frage, warum sie sich dem Vater gegenüber so provozierend verhalte - so dargestellt: "Weil ich nicht will, daß er die Mutter so behandelt".
- Ein Elterntaining in dieser Form allein genügt nicht, um in einer so komplexen und schwierigen Familiensituation die kritischen Erziehvervariablen dauerhaft zu verändern.
- Ein Elterntaining in der dargestellten Form ist vom zeitlichen Ablauf her (6 Trainingssitzungen jeweils 30 Minuten über 3 Wochen verteilt) nicht ausreichend. Eine intensive Form muß angewendet werden, um die Erziehvervariablen nachhaltiger zu modifizieren. Eine Ausdehnung über einen größeren Zeitraum hinweg erscheint jedoch vom Aufwand der Eltern als auch von den sich ständig ändernden Strukturvariablen (z.B. Problemsituationen in der Schule, Interaktionsprobleme in der Familie usw.) nicht sinnvoll. Die positiven Erfahrungen aus den weiterentwickelten "Wochenendtrainings" (INNERHOFER, 1974) bestätigen diese Einschätzung.

In vergleichbaren Problemsituationen sollte daher eine Weiterentwicklung der Therapie in Richtung Familientherapie erfolgen. Auch müssen neue Methoden entwickelt werden, die das häusliche Milieu mehr in die Therapie miteinbeziehen, als dies hier möglich war. Ebenso sollte auf die ökonomische Situation der Familie Einfluß genommen werden, um den einzelnen Mitgliedern die Möglichkeit zu geben, sich von Überbelastungen frei zu machen und Zeit für die Erziehung zu haben. Langfristig gesehen muß jedoch das Schwergewicht auf einer möglichst frühzeitig beginnenden, die ganze Behinderung umfassende Therapie, die die natürliche Umgebung des Kindes mit einbezieht und die die Entstehung zusätzlicher Behinderungen vermindert, liegen.

9. Verlaufsbericht (1971 - 1976)

Ursula besuchte in den Jahren 1971 bis 1973 die Sonderschule für Lernbehinderte bis zur 6. Klasse. Die Unterstützung des Therapeuten mußte Ende 1972 ganz eingestellt werden. Eine weiterführende Therapie fand auch im nächsten Jahr nicht statt. Ende 1973, nach einem mehrmaligen Lehrerwechsel, entsprach ihr Verhalten nicht dem Klassendurchschnitt, so daß durch das Gesundheitsamt nahegelegt wurde, eine andere Schule zu besuchen. Seit 1973 besucht Ursula nun die Tagesheimsonderschule der Heckscher-Klinik in München. Nach einem deutlichen Aufschwung in ihrem Verhalten und ihren Leistungen 1973 und 1974 treten seit 1975 ihre Verhaltensschwierigkeiten doch wieder stärker in den Vordergrund. Im Zwischenzeugnis 1975/76 zeigte sie nur im rechnerischen Bereich gute Leistungen, von einigen Fächern jedoch mußte sie wegen ihres störenden Verhaltens zeitweise befreit werden. Ihr aggressives Verhalten nahm auch zuhause weiter zu. Es ist geplant, die weitere Berufsausbildung nach der Beendigung des 9. Schuljahres in einem Heim für anfallsranke Jugendliche fortzuführen.

10. Zusammenfassung

Durch Anwendung kombinierter Therapietechniken - einer Spieltherapie während eines 6-wöchigen Aufenthalts als Tageskind auf einer kinderpsychiatrischen Abteilung und einem zusätzlichen Elterntaining - gelang es, ein schwer verhaltensgestörtes 13-jähriges Mädchen mit einem psychomotorischen Anfallsleiden von der 3. Klasse einer Geistigbehindertenschule in die 5. Klasse einer Lernbehindertenschule umzuschulen. Die in der Klinik mit dem Elterntaining vollzogene Verhaltensmodifikation des Erziehverhaltens generalisierte aber nur teilweise auf das natürliche Milieu. Mit weiterer Unterstützung des Therapeuten im häuslichen Milieu in den folgenden Monaten gelang es, den Schulerfolg und einen Teil der Verhaltensmodifikation aufrechtzuerhalten.

Die Analyse des Verhaltens und der Aufbau der Therapie erfolgte nach dem theoretischen Konzept von INNERHOFER (Das Regelmodell, 1974).

A N H A N G

Seite 115:	Protokollvorlage der Spieltherapie
Seite 116:	Verhaltenskarte (Schule)
Seite 117:	Verhaltenskarte (Zuhause)

Datum:

Sitzung Nr.:

Name:

1' → 2' →

Ursula										
Therap.										

10° 20° 30° 40° 50° 10° 20° 30° 40° 50°

3' → 4' →

U.										
Th.										

5' → 6' →

U.										
Th.										

7' → 8' →

U.										
Th.										

9' → 10' →

U.										
Th.										

11' → 12' →

U.										
Th.										

13' → 14' →

U.										
Th.										

15' →

U.					
Th.					

Kategorien:

X = Nicht Mitspielen

M = Motorisches Störverhalten

Q = Verbalis Störverhalten ("Quatschen")

+ = Pos. Konsequenz auf Regel befolgen

! = Neg. Konsequenz auf Regelverst.?
("Ignorieren")

VERHALTENSKARTE

Datum: 21. 10. 71

Sonderpunkt:

Verhalten im Unterricht:

normal (schwätzt nicht, läuft nicht herum,
stört andere Kinder nicht.....)

~~0~~ ~~0~~

nicht zufriedenstellend

.....

.....

Verhalten in übriger Schulzeit:

normal (in den Pausen, im Treppenhaus....)

~~0~~ ~~0~~

nicht zufriedenstellend

.....

.....

Konzentration, Mitarbeit

gut.....

~~0~~ ~~0~~

nicht zufriedenstellend.....

.....

.....

Ausführung der Aufgaben:

normal

~~0~~

nicht zufriedenstellend.....

.....

.....

Ausführung der Hausaufgaben:

normal.....

0

nicht zufriedenstellend.....

.....

.....

Schulweg (zur Schule) zufriedenstellend..

-"- nicht zufriedenstellend..

~~0~~ ~~0~~

..... (nach Hause) zufriedenstellend..

-"- nicht zufriedenstellend..

.....

liebe

war

heute

9

Dienstag	Thomas	Babette	Ursula	Jutta
Morgen	5	5	5	5
Schule	90	90	80	90
Hausaufgaben	10	10	23	10
Sonstiges	—	—	—	—
Abend	5	5	zu spät erst um 22 ⁰⁰	—
Insgesamt:	110	110	108	110

Donnerst.	Thomas	Babette	Ursula	Jutta
Morgen	5	5	5	5
Schule	90	90	90	90
Hausaufgaben	10	10	13	10
Sonstiges	—	—	—	—
Abend	5	5	5	5
Insgesamt:	110	110	113	110

Literaturverzeichnis

ACKERMANN N., Familientherapie - Theorie und Praxis.
In BIERMANN G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie.
Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel, 1969.

ALLEN K. E. & HARRIS F. R., Elimination of a child's
excessive scratching by training the mother in reinforcement
procedures. Beh. Res. & Ther., 1966, 4; 79 - 84.

ALLEN K. E., HART B., BUELL J. S., HARRIS F. R. &
WOLF M. M., Effekts of social reinforcement on isolate
behavior of a nurse school child.
Child. Dev. 1964, 35; 511 - 518.

ALLEN K. E., HENKE L. B., HARRIS F. R., BAER D. M.
& REYNOLDS N. J., Control of hyperactivity by social rein-
forcement of attending behavior.
J. Educ. Ps., 1967, 58, 4; 231 - 237.

AYLLON T. & AZRIN N. H., The measurement and rein-
forcement of behavior of psychotics, J. Exp. Behav. 8,
1965; 357 - 383.

AYLLON T. & HAUGHTON E., Control of the behavior of
schizophrenic patients by food, JEAB 5, 1962; 343 - 352.

AYLLON T. & MICHAEL J., The psychiatric nurse as a behavi-
oral engineer, JEAB 2, 1959; 323 - 334.

Auch in: ULLMANN & KRASNER, 1965; 84.

BANDURA A., Relationship of family patterns to child behavior disorders. June 1, 1957, May 31, (Progress Report der Stanford University) 1960. Research Grant Reference Number M 1734.

BARRETT B., Behavior modification in the home: Parents adapt laboratory-developed tactics to bowel-train a 5; 5-year old child. Psychother. Theory, Res. Prac. 6, 1969; 172 - 176.

BERKOWITZ B. P. & GRAZIANO A. M., Training parents as behavior therapists: a review. Beh. Res. & Ther., 10, 1972; 297 - 317.

BERNAL M. E., DUYEE J. S., PRUETT H. L. & BURNS B. J., Behavior modification and the brat syndrome. J. Cons. & Clin. Ps., 1968, 32; 447 - 455.

BIERMANN H., Kinderpsychotherapie in SCHRAML (Hrsg.): Klinische Psychologie. Verlag Hans Huber Bern, Stuttgart, Wien 1970.

BIJOU S. W., Experimental studies of child behavior normal and deviant. In ULLMANN & KRASNER: Research in behavior modifikation, New York 1965, 5; 56 - 81.

BIJOU S. W., PETERSON R. R., HARRIS F. R., ALLEN K. E. & JOHNSTON M. S., Methodology for experimental studies of young children in natural settings. Ps. Rec., 19, 1969; 177 - 210.

BOARDMANN W., Rusty: A brief behavior disorder.
J. Consult. Psychol. 26, 1962; 293 - 297.

BONNARD A., The mother as therapist in a case of obsessional neurosis. In: EISSLER R. S. et al. (Hrsg.): The psychoanalytic studies of the child. New York, Internat. Univ. Press. Vol. 5, 1950; 391 - 408.

BRAUN D. & ELLIOT R., The control of aggression in a nursery school class. J. of Exp. Child Ps. 1965, 2; 103 - 107.

BRONDER G., FLORIN J. & SYMANNEK B., Literaturübersicht zur Verhaltensmodifikation bei Retardierten. Mitteilungen der GVT, 1, 1972; 10 - 16.

CANTRELL R., CANTRELL M., HUDDLESTON C. & WOOLRIDGE R., Contingency contracting with school problems. J. Appl. Behav. Anal. 2, 1969; 215 - 220.

CONGER J., The treatment of encopresis by the management of social consequences. Behav. Therapy Therapy 1, 1970; 386 - 390.

CRANACH M. L. v. & FRENZ H. -G., Systematische Beobachtung. In: Handbuch der Ps., Bd. 7, 1. Halbbd.: Theorie und Methoden, 269 - 331. Göttingen, 1969; 269 - 331.

ENGELN R. et al., Behavior modification techniques applied to a family unit-a case study, J. Child Psychol. Psychiatr. Vol. 9, 1968; 245 - 252.

FERSTER C. B., Positive reinforcement and behavior deficits of autistic children. Child Development, 32, 1961; 437 - 456.

FLORIN J. & TUNNER W., Behandlung kindlicher Verhaltensstörungen. Verhaltenstherapeutisches Übungsbuch für psychologisch und pädagogisch interessierte Eltern. München 1970.

FUCHS N. R., Play therapy at home. Merril-Palmer Quarterly 3, 1957; 89 - 95.

GARDNER J. M., Behavior modification in the mental retardation. Orient, O. H., 18 Seiten, 241 Titel, 1971.
Anschr.: Orient State Institute, OH, USA.

GELFAND D. M. & HARTMANN D. P., Behavior therapy with children: A review and evaluation of research methodology. Psychol. Bulletin, 62, 1968; 204 - 215.

GOTTWALD P. & REDLIN W., Verhaltenstherapie bei geistig behinderten Kindern (Grundlagen, Ergebnisse und Probleme der Verhaltenstherapie retardierter, autistischer und schizophrener Kinder). Hogrefe, Göttingen, 1972.

GRAZIANO A. M., Behavior therapie with children.
Aldine Atherton, New York, 1971.

GROSSBERG J. M., Behavior therapy: a review.
Psychol. Bulletin 62, 1964; 73 - 88.

HALL R. V., LUND D. & JACKSON D., Effects of teacher
attention on study behavior. J. of Appl. Beh. Anal. 1968, 1;
1 - 12.

HARRIS F. R., WOLF M. M. & BAER D. M., Effects of
adult social reinforcement on child behavior, Young Children,
1964, 20 - 1; 8 - 17.

HART B. M., ALLEN K.E., BUELL J. S., HARRIS F. R.
& WOLF M. M., Effects of social reinforcement on operant
crying. J. Exp. Child. Ps., 1964, 1; 145 - 153.

HAWKINS R. O., PETERSON R. F., SCHWEID E. & BIJOU
S. W., Behavior therapy in the home: Amelioration of
problem parent-child relations with the parent in a thera-
peutic role. J. Exp. Child Psychol. 4, 1966; 99 - 107.

HELLBRÜGGE TH., Über die Notwendigkeit der Vorsorge-
untersuchungen im Kindesalter.
Deutsches Ärzteblatt, 62, 1965; 1539 - 1546.

HELLBRÜGGE TH., Prävention und Rehabilitation in der
frühen Kindheit. Med. Klinik, 66, 1971; 981 - 986.

HELLBRÜGGE TH., Funktionelle Entwicklungsdiagnostik.
Der Kinderarzt, 4, 1972; 402 - 407.

HELLBRÜGGE TH., Das behinderte Kind aus der Sicht des
Kinderzentrums. In: HELLBRÜGGE TH. (Hrsg) : Fortschritte
der Sozialpädiatrie 1, Urban und Schwarzenbergverlag,
München - Berlin - Wien, 1973; 59 - 80.

HELLBRÜGGE TH. & PECHSTEIN J., Entwicklungsphysio-
logische Tabellen für das Säuglingsalter. Fortschr. Med.
86, 1968; 481, 607.

HELLBRÜGGE TH., MENARA D., SCHAMBERGER R. &
STÜNKEL S., Funktionelle Entwicklungsdiagnostik im 2. Lebens-
jahr. Fortschr. Med. 89, 1971; 558 - 562.

HUTTER, Regeltraining für erziehungsschwierige Kinder.
Unveröffentl. psychologische Diplomarbeit, Psychologisches
Institut der Universität München, 1972.

INNERHOFER P., Ein Regelmodell zur Analyse und Interven-
tion in Familie und Schule (Abänderung und Erweiterung des
S-R-K-Modells). Klin. Psychologie, 1974, 1; 1 - 25.

INNERHOFER P., Münchner Trainingsmodell. In Vorbereitung.

INNERHOFER P., HUTTER D., GOTTWALD P. & BÄNNIN-
GER A., Das Regelspiel als Therapiemedium in der Verhaltens-
therapie emotional gestörter Kinder. Z. Klin. Psychol. 3,
1974; 170.

INNERHOFER P. & MÜLLER G. F., Elternarbeit in der Verhaltenstherapie. Mitteilungen der GVT, Sonderheft 1, 1974.

INNERHOFER P. & WARNKE A., Eltern als Verhaltenstherapeuten ihrer geistig behinderten Kinder. In Vorbereitung.

ISAACS W., THOMAS J. & GOLDDIAMOND J., Application of operant conditioning to reinstate verbal behavior in psychotics, J. Speech Hearing Dis., 1960.

JOHNSON S.M. & BROWN R. A., Producing behavior change in parents of disturbed children.
J. Child Ps. & Ps., 1969, 10; 107 - 121.

JOHNSON C. & KATZ R., Using parents as change agents for their children: a review. J. Child. Psychol. Psychiat. 14, 1973; 181 - 200.

KANE G., KANE J. F., AMOROSA H. & KUMPANN S.,
Einweisung von Eltern in die Verhaltenstherapie ihrer geistig behinderten Kinder. Z. Kinder- Jugendpsych. 2, 1974; 87.

KANNER L., Child Psychiatry, Oxford, 1948.

KRAPFL J. E. BRY P. & NAVAS M. M., Uses of the Bug-in-the-Ear in the modification of parents behavior.
Vortrag auf dem Kongreß der Ass. for Advancement of Behavioral Therapy, San Francisco, 1968.

KUHLLEN, V., Verhaltenstherapie im Kindesalter.
Juventa Verlag, München, 1972; 11.

KUMPMANN S., AMOROSA H., KANE G. & KANE J.F.,
Verhaltenstherapeutisches Training von Eltern geistig be-
hinderter Kinder. In: NISSEN G. & STRUNK P. (Hrsg.):
Seelische Fehlentwicklung im Kindesalter und Gesellschafts-
struktur.
Luchterhand Verlag, Neuwied 1974; 109.

KRAIKER CH. (Hrsg.), Handbuch der Verhaltenstherapie,
München, 1974.

LAL H. & LINDSLEY O., Therapy of chronic constipation
in a young child by rearranging social contingencies.
Behav. Res. Therapy, 6, 1968; 484 - 485.

LAVINGNEUR H., PETERSON R. F., SHEESE J. G. &
PETERSON L., Behavioral treatment in the home: Effects
on an untreated sibling and long-term-follow up. Behav.
Therapy 4 (3), 1973; 431 - 441.

LONDON P., The end of ideology in behavior modification.
Am. Psychologist 1972, 42; 651 - 684.

LOOVAS O. J., Effect of exposure to symbolic aggression on
aggressive behavior. Child Development 32, 1961; 37 - 44.

LOOVAS O. J., Interaction between verbal and nonverbal
behavior, Child Development 32, 1961; 329 - 336.

MADSON C. H., Positive reinforcement in the toilet training of a normal child: A case report. In: ULLMANN & KRASNER, 1965.

MITSCHERLICH A., Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft. Piper-Verlag.

MÜLLER G. F., Verhaltensmodifikation in der Familie durch präventives Elterntraining. München 1974 (unveröffentl. Report).

MÜLLER-KÜPPERS M., Über den psychotherapeutischen Umgang mit hirngeschädigten Kindern in: BIERMANN G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. München Basel, 1969; 1055 - 1061.

NOLAN J. D. & PENCE C., Operant conditioning principles in the treatment of a selectively mute child. J. consult. clin. Psychol. 35, 1970; 265 - 268.

NORDQVIST M. & WAHLER R. G., Naturalistic treatment of an autistic child. J. Appl. Behav. Anal. 1, 1973; 78 - 81.

O' LEARY K. D., O' LEARY S. & BECKER W. C., Modification of a deviant sibling interaction pattern in the home. Behav. Res. Ther. 5, 1967; 113 - 120.

PATTERSON G. R., The reinforcement of delinquent behavior by the delinquent peer culture. Unpublisches manuscript, Univ. Oreg., 1963.

PATTERSON G. R., Behavioral intervention procedures in the classroom and in the home. In: BERGIN A. E. & GARFIELD S. L. (Eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York, 1971 a; 751 - 777.

PATTERSON G. R. & BRODSKY G., A behavior modification programm for a child with multiple problem behaviors. J. Child Psychol. Psychiatr. 7, 1966; 277 - 295.

PATTERSON G. R. & GULLION M. E., Living with children. New methods for parents and teachers. Champaign, Ill., Research Press., 1968.

PATTERSON G. R. & HARRIS A., Some methodological considerations for observation procedures. Paper presented an the meeting of the American Psychological Association, San Francisco, 1968.

PATTERSON G. R., McNEAL S., HAWKINS N. & PHELPS R., Programming the social environment. J. Child Psychol. Psychiat. 8, 1967; 181 - 195.

PATTERSON G. R., RAY R. & SHAW D., Direct intervention in families of deviant children. Unpubl. manuscript, University of Oregon, 1968.

PAUL H. A., Das behinderte Kind, ein Sonderproblem? In: HELLBRÜGGE TH. (Hrsg.): Fortschritte der Sozialpädiatrie 1, Urban und Schwarzenberg Verlag, München, 1973.

PAUL H. A. , Probleme in der Statistik der Behinderten.

In: Dokumentation der periodischen medizinischen Statistiken
in der Bundesrepublik Deutschland, Ausgabe 1971.

Bielefeld; 1 - 10.

PAWLICKY, R. , Behavior-hherapy research with children:

A critical review. Canadian J. of Behav. Sciene 2, 1970;
163 - 173.

PEINE H. , Programming the home. Vortrag: Rocky Mountain
Psycholo, Albuquerque, N.M. , 1969.

RISLEY T. & WOLF M. M. , Experimental manipulation of
autistic behaviors and generalization into home.

In: ULRICH R. , STACHNIK T. & MABRA J. (Eds.): Control
of human behavior Clenview, 1966, 193 - 198.

RISLEY T. & WOLF M. , Establishing functional speech in
echolalic children. Beh. Res. Ther. , 1967, 5; 73 - 88.

RUSO S. , Adaption in behavioral therapy with children.

Behav. Res. & Therapy 2, 1964; 43 - 47.

SAAL E. , Eine experimentelle Untersuchung zur Ökonomi-
sierung und Effektivierung von Messverfahren bei der Durch-
führung von Elterntrainings im Rahmen von Elternlabors.

Unveröff. psychol. Diplomarbeit, Psych. Institut der Univ.
Berlin, 1974.

SCHMITZ E. , Kotherapeuten..in der Verhaltenstherapie.
Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1976.

SCOTT P.M. , BURTON R.V. &YARROW M. R. , Social reinforcement under natural conditions, Child Development 1967, 38; 53 - 63.

SALZINGER K. , FELMAN R. S. & PORTNOY S. , Training parents of brain- injured children inthe use of operant conditioning procedures. Behav. Therapy 1,1970; 4 - 32.

STROTZKA H. , Die Psychotherapie des anfallkranken Kindes, in BIERMANN G. (Hrsg.): Handbuch der Kinderpsychotherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München-Basel, 1969; 1033.

STUMPHAUZER D. S. , A low cost "bug-in-the-ear" sound system for modifikation of therapist, parent and patient behavior. Behav. Therapy 2, 1971; 249 - 250.

THARP R. G. & WETZEL R. J. , Behavior modification in the Natural Environment. Academic Press, New York, 1969.

TUNNER W. & FLORIN J. , Kontrollen im verhaltenstherapeutischen Experiment; die Einzelstudie beim operativen Konditionieren. GVT-Mitt. 1969, 1; 14 - 16.

ULLMANN L. B. & KRASNER L. , Case studies in behavior modification. Holt, Reinehart& Winston, New York, 1965.

WALDER L. O. , BREITER D. E. , COHEN S. I. , DASTON P. G. ,
FORBES J. A. & MCINTYRE R. W. , Teaching parents to modify
the behaviors of their autistic children. Paper presented at
the 74th Annual Convention of the American Psychological
Association, New York, 1966.

WAHLER R. G. , WINKEL G. H. , PETERSON R. F. & MORRI-
SON D. C. , Mothers as behavior therapists for their own chil-
dren. Beh. Res. a. Ther., 1965, 3; 113 - 124.

WAHLER R. G. & POLLIO H. R. , Behavior and insight: a
case study in behavior therapy. J. of Exper. Res. in Persona-
lity 1968, 3; 45 - 56.

WELSH R. S. , A highly efficient method of parental counse-
ling: A mechanic third ear.
Paper press. at the 1966 convention of Rocky Mountain Ps.
Assoc.

WETZEL R. J. , BAKER J. , RONEY M. & MARTIN M. , Out-
patient treatment of an autistic behavior. Behav. Res. &
Therapy, 4, 1966; 169 - 177.

WILLIAMS C. D. , The elimination of tantrum behaviors by
extinction procedures. J. abn. soc. Ps. 1959, 59; 269.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und keine anderen als die im Literaturverzeichnis der Dissertation angeführten Schriften benützt habe. Die Arbeit wurde noch keinem anderen Prüfungsgremium vorgelegt.

München, den 4. Mai 1976

.....

Hermann Gloning

Lebenslauf

Am 24. April 1948 wurde ich als Sohn des Schuhmachermeisters Hermann Gloning und seiner Ehefrau Katharina, geb. Stigler, in München geboren. Nach 4 Jahren Volksschule besuchte ich 9 Jahre lang das Rupprecht-Gymnasium in München und legte dort 1967 die Reifeprüfung ab. Das Studium der Humanmedizin nahm ich im selben Jahr an der Ludwig-Maximilians-Universität in München auf und beendete es nach 11 Fachsemestern. Die ärztliche Prüfung bestand ich am 23. Juli 1973 mit der Gesamtnote "gut", im Fach Kinderheilkunde erhielt ich die Einzelnote "sehr gut". Als Medizinalassistent war ich vom November 1973 bis Februar 1974 an der Universitäts-Poliklinik München, Innere Abteilung, unter Leitung von Professor Zöllner, im April 1974 bis August 1974 im St. Joseph-Hospital, Dortmund, unter Leitung von Dr. Lutke, und im September 1974 bis Dezember 1974 im Schwabinger Krankenhaus, München, 2. Kinderabteilung, unter Leitung von Dr. Schweier tätig.

Die Approbation wurde mir am 21. Januar 1975 erteilt. Seit April 1975 bin ich als Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus Starnberg tätig. Anfangs auf der Anästhesieabteilung unter Leitung von Dr. Schulte-Steinberg, seit Januar 1976 auf der Kinderabteilung unter Leitung von Frau Dr. Alletag.

1971 begann ich die vorliegende Arbeit in der Kinderabteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie, München, unter Leitung von Frau Dr. Bleek.

